

Medidas de Calidad de Vida en Personas con Afasia. Revisión Sistemática

Dunia Garrido¹, Ana Lydia Niño², Gloria Carballo³

Recibido 1 de diciembre de 2021 / Primera revisión 6 de febrero de 2022 / Aceptado 1 de junio de 2022

Resumen. La afasia después de un daño cerebral y sus diferentes condiciones negativas derivadas, afectan a la calidad de vida (CdV) de la persona. El objetivo de este estudio es describir y analizar la literatura de los años comprendidos entre 2016 y 2020 para identificar y cuantificar aspectos relevantes de la CdV y su evaluación en personas con afasia (PWA). Para lo anterior, se consultaron tres bases de datos (PsycINFO, Medline y Psycodoc). Se incluyeron 38 estudios. Se codificaron y analizaron las características de los estudios y se evaluó la calidad de los trabajos siguiendo las pautas marcadas por la STROBE y la NIH. Los resultados muestran que la prueba de evaluación de CdV más utilizada fue la Stroke and Aphasia Quality of Life Scale-39 (SAQOL-39) (n= 19, 50.00%). En la mayoría de los estudios, independientemente de las pruebas de evaluación, las PWA presentan una baja CdV. Los estudios seleccionados presentan una calidad metodológica media-alta. Como conclusión cabe destacar que, además de limitar aspectos de la comunicación y el lenguaje, la afasia afecta negativamente a la CdV de forma global de la persona que la padece. El desarrollo de pruebas de evaluación de la CdV puede ayudar a los profesionales a planificar una intervención adecuada.

Palabras clave: Afasia, Calidad de vida, Revisión sistemática, Evaluación, Personas con afasia (PWA)

[en] Measures of Quality of Life in People with Aphasia. A systematic review

Abstract. Aphasia after stroke and its different negative conditions derived, affect the quality of life (QoL) of the person. The aim of this study is to describe and analyze the literature of last five years in order to identify and quantify relevant aspects related to QoL and its assessment in people with aphasia (PWA). For that goal, three databases were consulted (PsycINFO, Medline, and Psycodoc). Thirty-eight studies were included. The characteristics of the studies were coded and analyzed, and the quality of these studies were evaluated following guidelines established by STROBE and the NIH. The results show that the most frequently used QoL assessment test was the Stroke and Aphasia Quality of Life Scale-39 (SAQOL-39) (n= 19, 50.00%). In most studies, regardless of the assessment tests, PWAs have a low QoL. The selected studies present a medium-high level of methodological quality. As a conclusion it can be said that in addition to the limiting aspects of communication and language, aphasia negatively affects the overall QoL of the patient. The development of QoL assessment tests can help professionals to plan an appropriate intervention.

Keywords: Aphasia, Quality of life, Systematic review, Evaluation, People with aphasia (PWA)

Sumario: Medidas de Calidad de Vida en Personas con Afasia. Revisión Sistemática. Método. Resultados. Síntesis de la evidencia empírica. Calidad metodológica de los estudios. Discusión. Bibliografía.

Cómo citar: Garrido, D., Niño, A. L., y Carballo, G. (2022). Medidas de Calidad de Vida en Personas con Afasia. Revisión Sistemática. *Revista de Investigación en Logopedia* 12(2), e79102. <https://dx.doi.org/10.5209/rlog.79102>

Medidas de Calidad de Vida en Personas con Afasia. Revisión Sistemática

Tras la cardiopatía isquémica, el accidente cerebrovascular (ACV) se considera la segunda causa de muerte y discapacidad en todo el mundo (Organización Mundial de la Salud; OMS, 2019), así como un importante problema de salud pública. Es la causa más común de afasia, produciéndose un millón de casos nuevos anualmente en Europa (Mattioli, 2019). Dada la alta prevalencia y graves consecuencias de un ACV parece plausible el creciente interés acerca de las secuelas derivadas del mismo. Las estimaciones sobre la incidencia de la afasia en el ACV son oscilantes. Así, diferentes estudios lo sitúan como una consecuencia derivada entre el 18

¹ Universidad de Granada, España.
duniagarridodelaguila@gmail.com

² Universidad de Castilla-La Mancha, España.

³ Universidad de Granada, España.

y el 38% de las personas que tienen un ACV (Efstratiadou, Chelas, Ignatiou, Christaki, Papathanasiou, y Hilari, 2012; Ellis, Hardy, Lindrooth, y Peach, 2018; Mitchell et al., 2021; Mitra y Krishnan, 2015).

En este sentido, aunque la afasia es considerada como un deterioro o una pérdida de las habilidades lingüísticas de la persona que suele producirse después de un ACV, también puede deberse a daño degenerativo, tumor cerebral, infecciones cerebrales y otras causas. Sin embargo, Berg et al. (2020) establecen una definición consensuada de la afasia entre 118 investigadores de más de 31 países como una discapacidad en la comunicación consecuencia de un daño cerebral focal adquirido, que altera las modalidades del lenguaje y la CdV de las personas con afasia (people with aphasia –PWA- del inglés) y su entorno, y que puede afectar a su participación en la sociedad.

Este trastorno adquirido del lenguaje puede afectar a la comprensión, a la expresión, a la lectura, a la escritura o al lenguaje gestual, es multimodal, pudiendo estar afectada una o varias modalidades (Chapey, 2008; Cruice, Hill, Worrall y Hickson, 2010). Así pues, las PWA presentan unos perfiles lingüísticos heterogéneos dependiendo del tipo de afasia, severidad, tamaño y localización de la lesión, edad y otras características del paciente (Crosson et al., 2019; Rose et al., 2019).

Unido a la importante afectación del lenguaje y la comunicación, con consecuencias duraderas según Cruice et al. (2010), las PWA informan de diferentes condiciones negativas derivadas de la afasia y que interfieren en su vida cotidiana: una menor participación y disminución de la satisfacción en las relaciones y actividades sociales, aislamiento, dificultad para controlar sus emociones, dificultad con las actividades de autocuidado diario, dependencia física, pérdida de autonomía, cambios en la dinámica y roles familiares y en general, una disminución en la calidad de vida (CdV) (Cruice et al., 2010, Cruice, Woolf, Cauter, Monnelly, Wilson y Marshall, 2020; Fotiadou, Northcott, Chatzidaki y Hilari, 2014). Además, estas condiciones afectan en mayor proporción a las PWA que a los supervivientes de ACV sin afasia (Mizoon, Lyden, Brady y VISTA, 2015). Según Lam y Wodchis (2010) la afasia se encuentra entre las condiciones de salud más perjudiciales para la CdV.

Desde una concepción clásica, la CdV se considera como un concepto amplio y multidimensional (Bowling, 1995), ya que puede abarcar aspectos muy diversos de la vida de una persona. Actualmente, la OMS (2019) define la CdV como un concepto de amplio alcance que abarca los dominios de salud física, psicológica, nivel de independencia, relaciones sociales, creencias personales y su relación con las características destacadas de su entorno. Por otro lado, Hirsch y Holland (2000) hicieron hincapié en el aspecto más subjetivo de la CdV, dado que la explicaron como un producto individual de los dominios de la vida (p.ej., el funcionamiento físico) a través de un filtro de la perspectiva personal del individuo. En relación con la afasia, la OMS trata la CdV en términos de actividad (es decir, comunicación) y sus limitaciones (es decir, afasia), participación social y sus restricciones, facilitadores y barreras de comunicación, y factores personales.

La literatura parece identificar la alteración del lenguaje y la comunicación en las PWA como un factor fundamental que afecta a la CdV. Hilari (2011) comprobó que las PWA obtuvieron puntuaciones de CdV significativamente más bajas que las personas sin afasia. Algunos trabajos que han evaluado el impacto de la afasia en la CdV comprobaron que las PWA están más afectadas por la disminución de la CdV en cuanto al nivel de independencia, las relaciones sociales y el entorno personal (Ross y Wertz, 2003). Las PWA presentan puntuaciones más altas en depresión, participan menos en actividades e inician menos interacciones comunicativas en comparación con las personas sin afasia (Cruice, Worrall, y Hickson, 2006, 2010; Hilari, 2011).

Sin embargo, la CdV no se ve afectada en todos los pacientes por igual; dependiendo de diversos factores que pueden influir en la recuperación de la afasia (Watila y Balarabe, 2015) y por tanto en la CdV. Algunos factores están directamente relacionados con la lesión, como la localización y el tamaño, el tipo, la gravedad, el deterioro del lenguaje y la comunicación o el subtipo de ACV (Watila y Balarabe, 2015). Otros factores no relacionados con la lesión que también tendrían un impacto sobre la CdV son: el género, la edad, el nivel educativo, los factores medioambientales, la situación económica, o el estado de ánimo (Bullier et al., 2020; Kolekt, Gana, Lucot, Darrigrand, Mazaux y Glize, 2017; Lee, Lee, Choi y Pyun, 2015; Watila y Balarabe, 2015). Por ejemplo, Hilari y Byng (2009) describieron que PWA severa tenían un mayor deterioro en la CdV que aquellas PWA leve o moderada.

Por otro lado, los resultados de los estudios sobre ACV y CdV no siempre son aplicables a PWA (Hilari, Cruice, Sorin-Peters y Worrall, 2015), ya que muchos estudios excluyen a PWA debido a sus dificultades de lenguaje y comunicación, sufriendo por tanto un sesgo de selección (Spaccavento et al., 2014). De ahí que este trabajo de revisión sistemática se centre en PWA, no en ACV de manera general.

En cuanto a la evaluación de la CdV, tradicionalmente se han incluido las respuestas que en su nombre realizaban los familiares o cuidadores debido a los problemas de lenguaje que presentan las PWA. Actualmente, las PWA se incluyen en los diversos estudios sobre CdV (Hilari et al., 2015), por lo que el interés en la evaluación de la misma ha crecido de manera importante en los últimos años, ayudando a los profesionales y clínicos a conocer y aplicar diversos instrumentos de evaluación de la CdV. Por tanto, es fundamental medir adecuadamente la CdV de las PWA y la repercusión de ésta en las diferentes áreas vitales afectadas, ya que la evaluación de la CdV va más allá de las alteraciones del lenguaje.

Disponer de pruebas de evaluación adecuadas para identificar y cuantificar los aspectos de la CdV ayudarán al clínico a la hora de programar la terapia más adecuada para el paciente, estableciendo objetivos relevantes y significativos (Simmons-Mackie et al., 2014). Desafortunadamente, no hay muchas herramientas diseñadas

expresamente para PWA que presentan alteración de la comunicación y el lenguaje. Por ello, uno de los objetivos de esta revisión sistemática es conocer las pruebas que se utilizan de manera expresa en la evaluación de la CdV en PWA (no en el ACV, del que si se dispone de pruebas específicas).

Por tanto, dado el creciente interés de clínicos e investigadores en los últimos años en profundizar en la relación entre CdV y afasia, este trabajo tiene por objetivo general revisar, analizar y actualizar la literatura disponible de los trabajos de investigación realizados en los años comprendidos entre 2016 y 2020 en PWA a las que se les haya evaluado su CdV. Como objetivos secundarios, en este trabajo nos proponemos: (a) analizar de forma detallada los procedimientos de evaluación (incluyendo las pruebas específicas) de la CdV en PWA, y (b) describir su CdV en función de aspectos esenciales como la edad, el género, el tiempo transcurrido y la severidad de la lesión.

Método

Estrategia para la identificación de los artículos

En este trabajo se siguieron las indicaciones de las declaraciones PRISMA (Page et al., 2021) y MOOSE (Stroup, Berlin, Morton, Olkin y Williamson, 2000) para el diseño y redacción de revisiones sistemáticas.

Todos los datos fueron obtenidos mediante una consulta en las siguientes bases de datos: PsycINFO, Medline (vía PubMed) y PsicoDoc. Los descriptores utilizados en las búsquedas fueron “aphasia” y “quality of life”.

El resultado final fue desarrollado para su uso en la base Psycinfo, usando el conector booleano “AND”: “ab(aphasia) AND ab(quality of life)”. Por otro lado, los filtros utilizados para limitar la búsqueda fueron: “adults”, artículos publicados en los últimos 5 años (filtrando los resultados desde enero de 2016 hasta diciembre de 2020), escritos en inglés y en revisados por pares. Estos filtros se adaptaron a las bases de datos mencionadas anteriormente.

Se realizó una segunda búsqueda a partir de la consulta de las referencias bibliográficas de los artículos ya identificados, para localizar otros artículos más relevantes no identificados durante el proceso de búsqueda inicial. La selección de estudios de esta segunda búsqueda se llevó a cabo siguiendo los mismos criterios que en la búsqueda principal.

Estrategia para la selección de los artículos

Se seleccionaron los artículos a partir de una primera lectura del título y/o resumen y, posteriormente se realizó una selección más exhaustiva de los artículos mediante la lectura completa del texto. Dos de los autores, de forma independiente, revisaron título, resumen y texto completo de cada uno de los trabajos seleccionados. El grado de acuerdo entre los dos jueces fue elevado (89,5%). Los desacuerdos en esta selección fueron analizados y consensuados entre los dos jueces hasta llegar a un acuerdo del 100%.

Los criterios de exclusión aplicados fueron (a) artículos de revisiones sistemáticas o teóricos, (b) estudios que no incluían PWA, (c) estudios que no evaluaban la CdV, (d) no se tenía acceso al texto completo, (e) no tenían una prueba de evaluación específica de CdV, (f) no se centraban en las PWA, sino en sus cuidadores o (g) eran protocolos o proyectos. Además, también se descartaron aquellos trabajos con acceso restringido al contenido completo o que eran revisiones sistemáticas en lugar de estudios empíricos.

Estrategia para el análisis de los estudios

Para recoger y analizar las variables de interés de los trabajos seleccionados, se utilizó un protocolo de elaboración propia que sistematiza y facilita el análisis (cualitativo y cuantitativo) y la comprensión de los resultados que se corresponde en su mayoría con la pregunta de investigación en formato PICOS (en nuestro trabajo, adaptado a POS; población, resultados y diseño). Este análisis se realizó por dos de los autores, analizando de forma independiente el 100% de los estudios incluidos en esta revisión.

En concreto, se recogieron los siguientes datos (a) referidos al propio trabajo: autores y año de publicación, (b) referidos a las PWA: número de participantes, edad, género, nivel educativo, idioma, comorbilidades, tipo de afasia diagnosticada, tiempo transcurrido desde la lesión, medida de severidad utilizada, (c) referidos a la evaluación de la CdV: prueba utilizada de la CdV y dimensiones de la CdV evaluadas, resultados en la CdV, conclusiones del estudio y (d) tipo de diseño. Tras el análisis descriptivo, se han explorado los datos recogidos de los diversos estudios seleccionados para comprobar hasta qué punto estas variables afectan los resultados sobre la CdV.

Evaluación de la calidad metodológica de los estudios

La calidad de los artículos seleccionados se discutió usando como soporte una escala con ítems extraídos de la iniciativa STROBE (von Elm, Altman, Egger, Pocock, Gotsche y Vandembroucke, 2007), y la escala elaborada por la National Institute of Health (NIH, 2020) para la comunicación de la investigación observacional.

Los criterios de evaluación de la calidad aparecen en la Tabla 1. En la lista de indicios se incluye una puntuación total de nueve puntos: resumen, objetivos e hipótesis de la introducción, participantes, diseño y método, resultados, interpretación, limitaciones y generalización de la discusión. Se asignó a cada ítem una puntuación de acuerdo a si fue encontrado en los artículos de forma total, parcial o si no se encontraba de “1”, “0,5” y “0”, respectivamente.

Para completar esta evaluación, se procedió al análisis de la calidad de los artículos, basado en el índice de impacto y el patrón de citación de dichos artículos según el Journal Citation Report (JCR) y la Web of Science respectivamente.

Tabla 1. Criterios para la evaluación de la calidad de los estudios seleccionados

Categoría		Indicios de Calidad	Sí	No	Otro	No aplicable
Resumen		1. En el resumen se proporciona una síntesis informativa y equilibrada de lo que se ha hecho y encontrado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Introducción	Objetivos e hipótesis	2. Se especifican los objetivos y las hipótesis de la investigación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Método	Participantes	3. Se describen los criterios de elegibilidad de los participantes (criterios de inclusión y exclusión)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		4. Se explica cómo se determinó el tamaño de la muestra de participantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Diseño y procedimiento	5. Se detallan y definen todas las variables (variables independientes como intervenciones, exposiciones, o predictores; variables dependientes o de medida; variables de control)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Resultados		6. Se detallan claramente los resultados y se apoyan con análisis estadísticos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Discusión	Interpretación	7. Se proporciona una interpretación global razonada y razonable de los resultados (por ej., las conclusiones son congruentes con lo encontrado en los resultados y el tipo de diseño utilizado)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Limitaciones y generalización	8. Se discuten las limitaciones de la investigación, teniendo en cuenta posibles fuentes de sesgo o imprecisión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		9. Se discute la posibilidad de generalizar los resultados a otras muestras o contextos de investigación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nota: Indicios de calidad adaptados para la evaluación de los estudios extraídos de la declaración de la iniciativa STROBE (von Elm et al., 2007) (indicios: 1, 2, 4, 5, 7, 8, 9) y la escala elaborada por la National Institute of Health (NIH) para la comunicación de investigación observacional (indicios: 2, 3, 6).

Resultados

Características de los estudios

Un total de 554 artículos fueron recuperados cuando se llevó a cabo la búsqueda descrita anteriormente. A estos, se añadieron cinco identificados por otras fuentes. Tras la eliminación de los artículos duplicados ($n=298$) y la aplicación de los criterios de exclusión, se descartaron 223 artículos porque (a) eran revisiones sistemáticas o artículos teóricos ($n = 50$; 22.42%), (b) el artículo se refería a personas con ACV que no presentaban afasia (43; 19.28%), (c) no incluían evaluación de la CdV ($n = 78$; 34.98%), (d) sin acceso al texto completo ($n = 17$; 7.62%), (e) no tenían una prueba de evaluación específica de CdV ($n = 20$; 8.97%), (f) el artículo se refería exclusivamente a los cuidadores ($n = 7$; 3.14%), y (g) eran protocolos o proyectos ($n = 8$; 3.59%). Finalmente, se seleccionaron un total de 38 artículos (ver Figura 1) para su análisis.

Todos los estudios incluidos analizaban la CdV en PWA (ver Anexo 1). En relación a la tendencia de publicación, en los dos últimos años se publicaron la mayoría de los artículos incluidos en esta revisión ($n = 21$, 55.26%), indicando un índice de obsolescencia aceptable. En cuanto al tamaño muestral de los estudios analizados, el estudio de Swinburn et al. (2019) es el que incluyó un mayor número de PWA ($n=258$). En el otro extremo, Georgiou, Konstantinou, Phinikettos, y Kambanaros (2019) y Georgiou, Phinikettos, Giasafaki, y Kambanaros (2020) incluyeron uno y dos participantes respectivamente. En total, la muestra de PWA incluida en todos los estudios evaluados fue de 1825. Los participantes en los diferentes estudios analizados presentaban características heterogéneas. El rango de edad estaba comprendido entre 50 y 74 años. El promedio ponderado de edad de las PWA fue 61.44.

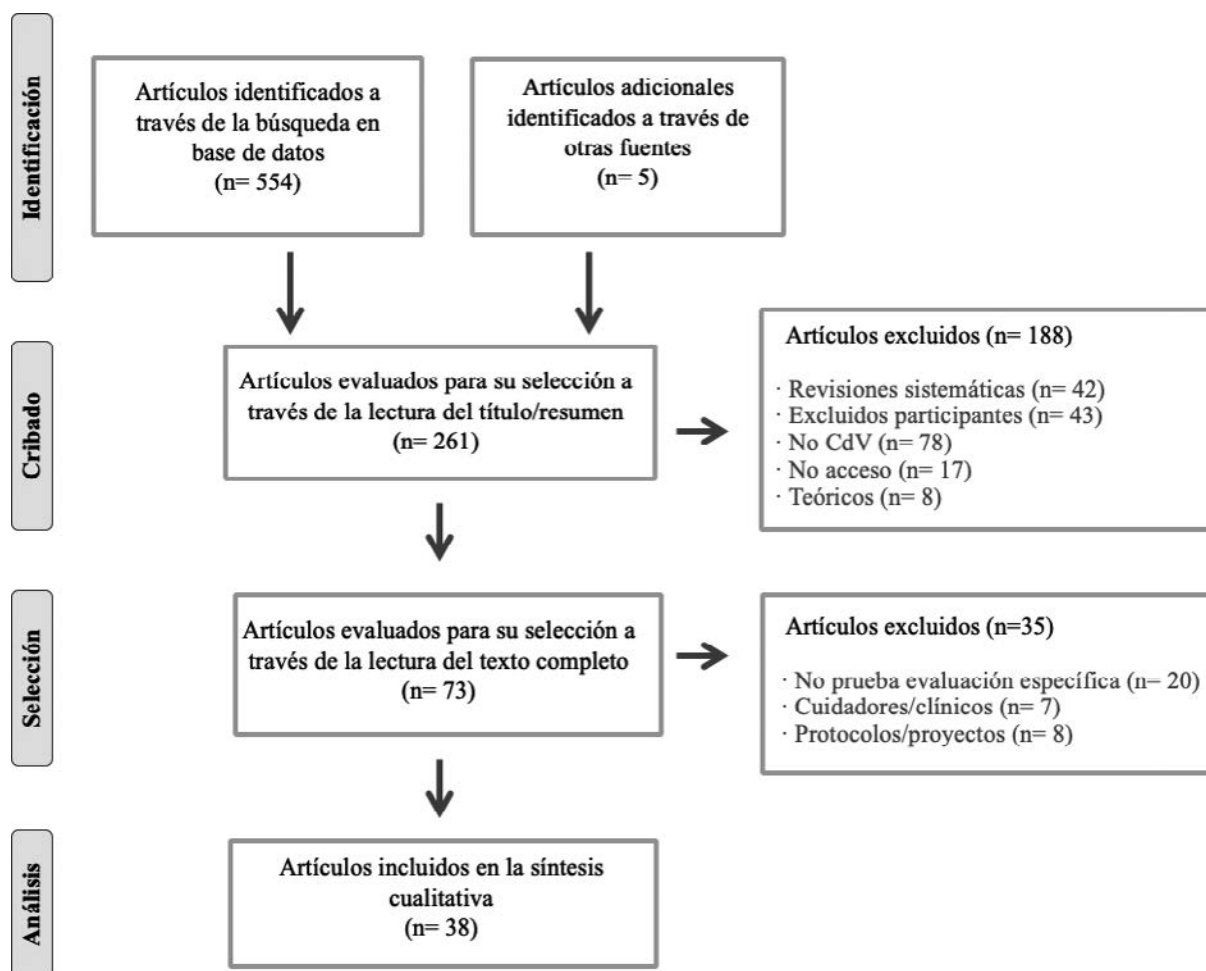


Figura 1. Diagrama de flujo de la selección de artículos para la revisión sistemática (adaptado de PRISMA, 2021).

En relación al género, en 25 (65.79%) de los 38 estudios analizados predominaban los pacientes masculinos sobre los femeninos. En ocho (18.42%) trabajos predominaban las mujeres sobre los hombres y en otros tres (7.89%) la muestra estaba equiparada. Solamente dos de los artículos no especificaron el género de los participantes. De forma global, participaron un total de 1025 hombres (57.94%) y 744 mujeres (42.06%) con afasia en los estudios seleccionados.

En cuanto al nivel educativo, los resultados también son heterogéneos. Dieciocho (47.37%) estudios informaron del nivel educativo en función de los años de escolarización y solamente seis (15.79%) en función del nivel de estudios alcanzados. Catorce (36.84%) estudios no incluyeron esta información. Asimismo, en 19 de los 38 estudios la lengua materna es el inglés seguido del francés, griego e italiano, que fueron las lenguas maternas en tres estudios cada uno de ellos.

En la mayoría de los estudios revisados (n= 24, 63.16%) se excluyó a los participantes que tenían algún tipo de comorbilidad junto con el diagnóstico de afasia. De los estudios restantes, 11 (28.95%) no ofrecían esa información, y 3 (7.89%) incluyeron pacientes con comorbilidades.

En cuanto al tipo de afasia, un 44.74% (n = 17) determinó el diagnóstico en función del tipo de afasia según la localización de la lesión (Broca, Wernicke, anómica, global, amnésica) y/o dependiendo de la causa (isquémica o hemorrágica), 7 estudios (18.42%) lo clasificaron de forma dicotómica (fuente o no fuente), 6 estudios (15.79%) según la cronicidad de la afasia (aguda y crónica), 3 estudios (7.89%) según la severidad (severa, moderada y leve) y 2 estudios (5.26%) no indicaron de manera explícita esa información.

Otra variable analizada ha sido el tiempo transcurrido desde la lesión. Específicamente, en 20 de los 38 estudios (52.63%) se hizo la evaluación en los primeros seis años posteriores a la lesión. En 2 de los 38 estudios (5.26%) los pacientes fueron evaluados en un tiempo inferior a seis meses y en otros tres estudios (7.89%) dentro de un margen de tiempo de un año después de la lesión. En cinco estudios (13.16%) el tiempo transcurrido posterior a la lesión fue superior a seis años.

En relación a la evaluación de la severidad de la afasia, la prueba más utilizada es la BDAE (Boston Diagnostic Aphasia Examination; Goodglass y Kaplan, 1983) o alguna de sus versiones (n =9, 23.68%), seguida de la WAB-R (Western Aphasia Battery-Revised; Kertesz y Raven, 2007) (n=6, 15.79%). La prueba de evaluación de CdV más utilizada fue SAQOL-39 (Stroke and Aphasia Quality of Life Scale-39; Hilari, Byng, Lamping, y Smith, 2003), incluyendo adaptaciones de la misma (n= 19, 50.00%), junto con las pruebas ALA-2 (Assessment

for Living with Aphasia -2nd ed.; Simmons-Mackie, et al., 2014) o alguna de sus versiones (n= 11, 28.95%) y la EQ- 5D (EuroQol Group, 1990) (n= 3, 7.89%). También se utilizaron, aunque en un menor porcentaje la prueba SIP- 65 (Sickness Impact Profile-65; Bénaim et al., 2003) (n= 2, 5.26%), y finalmente se utilizaron una vez (2.63%) las siguientes pruebas: QLQA (Quality of Life Questionnaire for Aphasics; Spaccavento et al., 2014), QoL narrative questions (Cruice et al., 2010), WHOQOL Scale (The WHOQOL Group, 1998), ACOM (Aphasia Communication Outcome Measure; Hula et al., 2015), SIS (Stroke Impact Scale; Duncan, Wallace, Lai, Johnson, Embretson y Laster, 1999), y The Bränholm and Fugl-Meyer Satisfaction with Life Scale (Bränholm, Lundmark, Mansson, y Fugl-Meyer, 1996).

Debido a que las escalas de CdV suelen incluir diversas subescalas, también se analizaron las diferentes dimensiones de los cuestionarios utilizados. En relación a las puntuaciones globales de las escalas, la gran mayoría (n = 33, 86.84%) de los trabajos incluyeron al menos una puntuación de CdV global. De las dos pruebas más utilizadas, la SAQOL-39g y la ALA-2, se incluyeron las puntuaciones de cada uno de los diferentes dominios en un total de 20 (68.97%) artículos de los 29 que incluyen alguna de estas escalas.

En concreto, para la prueba SAQOL-39 los valores globales de CdV informados oscilaban entre 2.05 y 5.8. Las dimensiones física, psicosocial y comunicación fueron las que se informaron en un porcentaje mayor de estudios (N=14; 36.8%). Por el contrario, la dimensión energía/vitalidad fue la que se informó en un menor número de estudios (N= 6; 15.8%).

Para la segunda escala más utilizada, la ALA-2 los valores de CdV a nivel global oscilaron entre las puntuaciones de 2.48 y 120.38. En cuanto a las dimensiones incluidas y analizada en los estudios donde utilizaban alguna de las versiones de esta prueba, un 21.1% (N= 8) analizaron la dimensión de participación, un 18.4% (N= 7) analizaron las dimensiones de lenguaje, entorno y personal y solo un estudio (2.6%) incluyó puntuaciones de la dimensión seguir adelante con la vida.

Con referencia al tipo de diseño incluido en esta revisión, en 6 estudios no especificaban cual era este diseño, en un total de 6 estudios (17.79%) el diseño fue de cohorte prospectivo, en 8 (21.05%) el diseño fue de ensayos aleatorios, otros 9 (23.68%) eran adaptaciones y validaciones de escalas, en 4 estudios (10.53%) el diseño fue quasi aleatorio, y en 3 de ellos (7.89%), el diseño fue de corte transversal.

Síntesis de la evidencia empírica

En la mayoría de los estudios analizados se describe la existencia de un déficit en la CdV que se puede evaluar utilizando diferentes pruebas de evaluación.

En cuanto al instrumento de evaluación utilizado, los resultados no difieren en función de la escala. En concreto, en un total de 17 estudios se informó que la media obtenida por los grupos de PWA en CdV a nivel global, se situaba de forma cualitativa en las puntuaciones que indicaban que existía una baja CdV según la prueba SAQOL-39 (Hilari et al., 2003). De la misma manera, aquellos estudios que utilizaron alguna versión de la ALA (Simmons-Mackie et al., 2014) para evaluar CdV en PWA obtuvieron puntuaciones compatibles con una baja CdV.

En función de las características de la muestra se han distinguido diversas variables para determinar si los resultados se veían afectados por ellas. En primer lugar, se determinó analizar la edad en función de lo que la OMS determina como el comienzo del envejecimiento, los 60 años (OMS, 2021). En este sentido, parece que la edad sí influye en la evaluación de la CdV: Los estudios que incluían a PWA menores de 60 años puntuaban mejor que aquellos en los que participaban PWA mayores de 60 años. Sin embargo, no se detectaron diferencias en la evaluación de CdV en función del género de las PWA. Finalmente, también se analizó otro factor sociodemográfico; el nivel de estudios. Dada la gran heterogeneidad mostrada, solo se ha podido analizar de forma parcial la CdV entre los estudios que incluían PWA con el nivel educativo más alto (es decir, más de 10 años de escolarización) frente a los que incluían pacientes con el nivel educativo más bajo. Los resultados parecen mostrar que no hay diferencias en la CdV en función del nivel educativo.

Por otro lado, también se han descrito otros factores relacionados con la afasia. Concretamente, se ha analizado si el tipo de afasia o si el tiempo transcurrido desde la lesión hasta la evaluación influyen en la valoración de la CdV. Desafortunadamente, no se han podido analizar los resultados de CdV en función del tipo de afasia dada la gran heterogeneidad que reportaron los autores a la hora de clasificarlas. En cuanto al tiempo transcurrido desde la lesión, aunque los resultados también son mixtos, parece que las puntuaciones en CdV son mejores cuando la evaluación se realizó pasados los 6 primeros años.

Calidad metodológica de los estudios

De acuerdo con la evaluación de la calidad realizada, todos los estudios evaluados (n=38) se encuentran por encima de la mitad del total de la puntuación máxima posible. La calidad promedio de estos estudios fue de 7 sobre 9, mostrando un rango entre 5.5 y 8 puntos. Dieciocho estudios (47.37%) tuvieron una calidad alta, 20 de los estudios (52.63%) puntuaron con una calidad media y ninguno de los estudios puntuó con una calidad baja (ver Tabla 2). Este hecho confirma que los trabajos incluidos y analizados en esta revisión son apropiados en función de su calidad metodológica.

Tabla 2. Resultados de la evaluación de la calidad de los estudios y los artículos seleccionados

Primer Autor	Evaluación de la calidad de los Estudios										Evaluación de la calidad de los Artículos				
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Total	Evaluación	Índice JCR	Valor JCR	Cuartil JCR	Citas
Azizbeigi-Boukani	1	0.5	1	0.5	0.5	1	1	1	0.5	7	Alta	Sí	1.720	Q3	2
Bullier	1	0.5	0	1	1	1	1	1	0.5	6	Media	Sí	3.657	Q1	7
Cruice	1	1	0.5	1	0.5	1	1	1	0.5	7.5	Alta	Sí	1.720	Q3	0
Georgiou	0.5	0.5	1	0	1	1	1	1	0	6	Media	Sí	1.853	Q4	1
Giachero	0.5	1	1	0.5	1	1	1	1	0.5	7.5	Alta	Sí	2.093	Q3	3
Kariyawasam	1	0.5	1	1	0.5	1	1	1	1	8	Alta	No	-	-	1
Kristinsson	1	0.5	0.5	1	0.5	0.5	0.5	1	1	6.5	Media	Sí	1.525	Q2	3
Marshall	1	0.5	1	0.5	1	1	1	1	1	8	Alta	Sí	2.740	Q2	3
Nicholas	1	0.5	0.5	0.5	0	1	1	1	1	6.5	Media	Sí	1.783	Q2	0
Raven-Takken	1	0.5	0.5	0.5	0	1	1	0.5	1	6	Media	Sí	1.720	Q3	2
Ribeiro	1	1	0.5	0	0.5	0.5	1	0.5	0.5	5.5	Media	Sí	1.720	Q3	1
Armour	1	0	0.5	0.5	0.5	0.5	1	1	0.5	5.5	Media	No	-	-	0
Caute	1	1	1	0.5	1	1	1	1	0.5	8	Alta	Sí	1.873	Q2	6
DeDe	1	0.5	1	0.5	1	1	1	1	0.5	7.5	Alta	Sí	1.873	Q2	9
Efstratiadou	1	0.5	1	1	1	1	1	1	0.5	8	Alta	Sí	1.720	Q3	2
Georgiou	0.5	0.5	1	1	0.5	1	1	0	0.5	6	Media	Sí	0.975	Q4	6
Maresca	0.5	0.5	1	1	0.5	1	1	0.5	0	6	Media	Sí	1.787	Q4	10
Marshall	1	1	0	0	0.5	1	1	1	0.5	6	Media	Sí	1.738	Q2	15
Pitt	1	0.5	1	0	0.5	1	1	1	0.5	6.5	Media	Sí	1.733	Q1	15
Qiu	1	0.5	1	0.5	0.5	1	1	0.5	0	6	Media	Sí	1.897	Q2	6
Swinburn	1	0.5	0.5	0.5	1	0.5	1	1	0.5	6.5	Media	Sí	1.669	Q4	11
Attard	1	1	0.5	0.5	1	1	1	1	0.5	7.5	Alta	Sí	1.669	Q4	17
Barnes	0.5	1	1	0.5	0.5	1	1	1	1	7.5	Alta	Sí	1.280	Q2	4

Primer Autor	Evaluación de la calidad de los Estudios									Evaluación de la calidad de los Artículos					
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Total	Evaluación	Índice JCR	Valor JCR	Cuartil JCR	Citas
Chiou	0.5	0.5	0.5	0.5	1	1	0.5	0.5	0.5	5.5	Media	No	-	-	6
Dipper	1	1	1	0.5	0.5	1	1	1	0.5	7.5	Alta	Sí	1.669	Q4	9
Spaccavento	1	0.5	1	1	0.5	1	1	1	0.5	7.5	Alta	Sí	2.054	Q2	2
Breitenstein	1	0.5	1	1	0.5	1	1	1	0.5	7.5	Alta	Sí	53.254	Q1	165
Guo	1	0.5	1	0.5	1	1	1	0.5	0.5	7	Alta	Sí	1.702	Q4	2
Hoover	1	0.5	1	0.5	0.5	1	1	1	0.5	7	Alta	Sí	1.771	Q2	18
Kim	1	0.5	1	1	0	0.5	1	1	0.5	6.5	Media	Sí	1.771	Q2	14
Koleck	1	0.5	1	1	1	1	1	1	0.5	8	Alta	Sí	2.392	Q2	26
Nicholas	1	0.5	0.5	0.5	1	1	1	0.5	0	6	Media	Sí	1.702	Q4	29
van Ewijk	1	0.5	0.5	0	0.5	0.5	1	1	0.5	5.5	Media	Sí	1.702	Q4	14
Worrall	1	0.5	0.5	0.5	1	0.5	1	1	0	6	Media	Sí	3.077	Q1	28
Zumbansen	1	0.5	1	1	1	1	0.5	1	1	8	Alta	Sí	1.702	Q4	15
Calis	0.5	0.5	0.5	0.5	0	1	1	1	0.5	5.5	Media	Sí	1.259	Q3	6
Guo	1	0.5	0	1	1	1	0.5	1	0.5	6.5	Media	Sí	1.804	Q2	13
Noyan-ErbaS	1	0.5	0.5	1	0.5	1	1	1	0.5	7	Alta	Sí	1.179	Q2	9

Nota: Los indicios numerados hacen referencia a los ítems incluidos en la Tabla 1. Las puntuaciones de 1, 0,5 y 0 corresponden con las puntuaciones: se cumple el ítem de forma total, parcial y no se encuentra dicha información respectivamente.

En cuanto a la calidad de los artículos, 35 estudios (92.11%) estaban indexados en la base JCR, tal y como se muestra en la Tabla 2. Concretamente, el 10.53% (n = 4) de los estudios evaluados estaban publicados en revistas del primer cuartil, el 36.84% (n = 14) en el segundo cuartil, el 18.42% (n = 7) en el tercer cuartil y el 26.32% (n = 10) en el cuarto cuartil. El índice JCR promedio era de 3.31 y el número de citas promedio de todos los estudios fue de 12.63.

Discusión-Conclusiones

La aparición de una afasia en la que se presenta alteración del lenguaje y la comunicación, tiene una repercusión profunda en la vida de la persona que la padece, ya que modifica su relación con la familia y el entorno. El objetivo de este trabajo ha consistido en revisar, analizar y actualizar la literatura disponible a través de los diferentes estudios realizados sobre afasia y CdV en los años comprendidos entre 2016 y 2020, identificando de forma expresa los procedimientos de evaluación directa de la misma.

De manera general, se ha puesto de manifiesto que las PWA presentan cambios en distintos aspectos de su vida, fruto de las dificultades de comunicación, ya que ésta constituye un aspecto esencial de la existencia humana. La afasia es percibida como un factor importante de angustia emocional, debido a que las PWA ven reducidos sus contactos, experimentando aislamiento social, dificultades en las relaciones interpersonales, falta de independencia y por tanto menor bienestar (Ross y Wertz, 2003). Todas estas condiciones inciden negativamente en la CdV desde la experiencia subjetiva de las PWA (Cruice et al., 2020; Kim, Ruelling, Garcia, y Kajner, 2017).

Medir la CdV de forma directa en estas personas es fundamental para conocer tanto su propia experiencia como la repercusión que tiene en su vida (Hilari et al., 2015; Simmons-Mackie et al., 2014). Esto redundará en un mejor conocimiento de las facetas afectadas, una planificación de la intervención más precisa y eficiente y puede ofrecer a los clínicos información sobre qué procedimientos son los más adecuados para ese paciente.

Los artículos revisados indican que las PWA presentan déficits en la CdV, a pesar de la heterogeneidad de esta población en cuanto a sus características. En la literatura, se han encontrado diversos factores asociados negativamente a la CdV después de la aparición de la afasia (p.ej., gravedad de la afasia, estado de ánimo, limitaciones funcionales, problemas médicos, factores sociales y falta de adaptación personal y familiar a la situación (Bullier et al., 2020; Nicholas et al., 2017). Otras variables como la menor edad, presencia de más personas en el hogar o el género -ser mujer-, repercuten directamente de manera positiva en el dominio de la comunicación (Ribeiro et al., 2020). Estos resultados concuerdan parcialmente con lo detectado en esta revisión: las PWA menores de 60 años de los estudios, obtenían puntuaciones mejores en su CdV. Sin embargo, no se detectaron diferencias en función del género y no se pudieron analizar los resultados obtenidos en la CdV según la gravedad de la afasia dada la gran heterogeneidad de los estudios analizados. Adicionalmente, sí se detectó que los resultados parecen indicar una mejor CdV en las PWA cuando se realizaba la evaluación transcurridos al menos seis años desde la lesión.

En relación a los procedimientos para evaluar la CdV en PWA, en esta revisión comprobamos que se emplea un número limitado y que existe cierta unanimidad en cuanto a las pruebas más utilizadas. En concreto, la SAQOL-39 (Hilari et al., 2003) en sus diferentes versiones y adaptaciones a diferentes lenguas llevadas a cabo, es la medida de CdV más utilizada en los diferentes trabajos incluidos en esta revisión. Además, ha demostrado buenas propiedades psicométricas en personas que han sufrido un ACV, tanto PWA como sin afasia (van Ewijk et al., 2017). Coincide así con los resultados de la votación final para decidir los principales instrumentos de medición en la Declaración de Consenso de Roma (Wallace et al., 2019) con un 96% de unanimidad.

En otras revisiones realizadas anteriormente, Neumann et al. (2019), aunque sí describen CdV, la analizan en diversos trastornos de comunicación como Disfonía Espasmódica, Parkinson, Esclerosis Lateral Amiotrófica, Afasia etc., y en trabajos publicados hasta 2016. Estos autores encontraron que la SF-36 (Short Form 36 Health Survey; Ware y Sherbourne, 1992) fue la más frecuentemente utilizada como prueba genérica, y la SAQOL-39 como medida específica.

En segundo lugar, la prueba más utilizada en esta revisión ha sido la ALA (Simmons-Mackie et al., 2014) en sus diferentes versiones. Es una medida de auto-informe, que utiliza un enfoque pictográfico y tiene una fiabilidad, consistencia interna y validez de constructo aceptables (Simmons-Mackie et al., 2014; Cruice et al., 2020). Ambas medidas (SAQOL-39 y ALA), comparten algunos constructos comunes, aunque tienen diferentes ítems de contenido como los referidos a energía y función física en la SAQOL-39, o ítems de participación en la vida, en el caso de ALA. También difieren en los métodos de calificación (Simmons-Mackie et al., 2014).

En esta revisión se ha detectado algunas limitaciones en la literatura de la evaluación de la CdV en PWA. Por ejemplo, el tamaño reducido de las muestras de participantes en algunos estudios, dificulta la generalización de los resultados encontrados. Además, en algunos de los estudios analizados detectamos una falta de claridad en la descripción del tipo de afasia que presentaban los participantes. Esta cuestión fundamental debería ser tratada debido a la gran heterogeneidad que presentan las PWA y las propias características intrínsecas de los diversos tipos de afasia.

Sin embargo, en relación al número de trabajos incluidos en esta revisión de artículos publicados en los últimos cinco años, parece que el estudio de la CdV en PWA es un tema de interés creciente tanto para clínicos como para investigadores. Además, respecto a la calidad de los trabajos, los artículos incluidos en esta revisión tienen todos ellos una calidad alta o media, por lo que son apropiados en función de su calidad metodológica.

No obstante, al igual que todos los trabajos de investigación, esta revisión sistemática también presenta algunos sesgos que se deberían abordar en trabajos futuros. Por un lado, los descriptores utilizados en las búsquedas han podido limitar los artículos seleccionados. Además, la gran heterogeneidad de los estudios revisados ha dificultado la integración de los resultados y extraer conclusiones generalizables, impidiendo además el poder realizar un análisis cuantitativo.

Por tanto, podemos concluir que la afasia además de limitar aspectos de la comunicación y el lenguaje, afecta negativamente a la CdV de forma global de la persona que la padece ya que incumbe a los dominios físico, de participación, psicológico y comunicativo. Además, las dos pruebas más ampliamente utilizadas en la literatura en los últimos años y validadas en diversas culturas son la SAQOL-39 y la ALA. Sin embargo, deben realizarse estudios adicionales para determinar la efectividad de estas escalas en función de otras características relacionadas con la afasia, como el tipo, la gravedad, el tiempo transcurrido desde la lesión y las posibles comorbilidades que dificultarían la aplicación de dichas pruebas. Finalmente, el desarrollo de pruebas de evaluación de la CdV validadas psicométricamente, fáciles de aplicar y de acceso generalizado, pueden ayudar a los profesionales a planificar una intervención adecuada a las necesidades de las PWA.

Bibliografía

- *Armour, M., Brady, S., Sayyad A., y Krieger, R. (2019): Self-Reported Quality of Life Outcomes in Aphasia Using Life Participation Approach Values: 1-Year Outcomes. *Archives of Rehabilitation Research and Clinical Translation*, 1, 100025, 1-7. doi: 10.1016/j.arrct.2019.100025
- *Attard, M.C., Loupis, Y., Togher, L., y Rose, M.L. (2018). The efficacy of an inter-disciplinary community aphasia group for living well with aphasia. *Aphasiology*, 32(2), 105-138. doi: 10.1080/02687038.2017.1381877
- *Azizbeigi-Boukani, J., Khatoonabadi, A. R., Maroufizadeh, S., y Abdi, S. (2020): Validity and reliability of the Persian version of the Stroke and Aphasia Quality of Life Scale-39 (SAQOL-39), *Aphasiology*, 35(6), 859-873. doi: 10.1080/02687038.2020.1737315
- *Barnes, S., y Nickels, L. (2018). Interaction-focussed therapy for aphasia: Effects on communication and quality of life. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 20(5), 528-540. doi: 10.1080/17549507.2017.1329851
- Bénaim, C. et al., (2003). Un outil francophone de mesure de la qualité de vie de l'aphasique: le SIP-65. *Annales de Réadaptation et de Médecine Physique*, 46(1), 2-11. doi: 10.1016/S0168-6054(02)00306-9
- Berg, K., Isaksen, J., Wallace, S. J., Cruice, M., Simmons-Mackie, N. y Worrall, L. (2020). Establishing consensus on a definition of aphasia: An e-Delphi study of international aphasia researchers. *Aphasiology*, 36(4), 385-400. doi: 10.1080/02687038.2020.1852003.
- Bowling, A. (1995). *Measuring Disease*. Buckingham: Open University Press.
- Brånholm, I. B., Lundmark, P., Mansson, M., y Fugl-Meyer, A.- R. (1996). On life satisfaction in subjects with neurological disorders. *Neurologie Rehabilitation*, 2, 63-67. doi: 10.1191/0269215503cr629oa
- *Breitenstein, C. et al., (2017). Intensive speech and language therapy in patients with chronic aphasia after stroke: A randomised, open-label, blinded-endpoint, controlled trial in a health-care setting. *Lancet*, 389, 1528-1538. doi: 10.1016/S0140-6736(17)30067-3
- *Bullier, B. et al., (2020). New factors that affect quality of life in patients with aphasia. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*, 63(1), 33-37. doi: 10.1016/j.rehab.2019.06.015
- *Calis, F. A., Celik, S., Demir, O., Aykanat, D., y On, A. Y. (2016). The psychometric properties of the Turkish stroke and aphasia quality of life scale-39. *International Journal of Rehabilitation Research*, 39(2), 140-144. doi: 10.1097/MRR.0000000000000159
- *Caute, A, Woolf, C., Wilson, S., Stokes, C., Monnelly, K., y Cruice, M. (2019). Technology-enhanced writing therapy for people with aphasia: Findings from a quasirandomized waitlist controlled study. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 62(12), 4382-4416. doi: 10.1044/2019_JSLHR-L-18-0484
- Chapey, R. (2008). *Language intervention strategies in aphasia and related neurogenic communication disorders* (5th ed.). Baltimore, MD: Lippincott Williams & Wilkins.
- *Chiou, H. S., y Yu, C.Y. (2018). Measuring Life Participation, Communicative Confidence, Language, and Cognition in People with Aphasia. *Perspectives of the ASHA Special Interest Groups SIG*, 3(2), 4-12. doi: 10.1044/persp3.SIG2.4
- Crosson, B. et al., (2019). Neuroplasticity and aphasia treatments: New approaches for an old problem. *Cognitive Neurology*, 90(10), 1147-1155. doi:10.1136/jnnp-2018-319649
- Cruice, M., Hill, R., Worrall, L., y Hickson, L. (2010). Conceptualizing quality of life for older people with aphasia. *Aphasiology*, 24(3), 327-347. doi:10.1080/02687030802565849

- *Cruice, M., Woolf, C., Cauter, A., Monnelly, K., Wilson, S., y Marshall, J. (2020). Preliminary outcomes from a pilot study of personalized online supported conversation for participation intervention for people with Aphasia. *Aphasiology*, 35(10), 1293-1317. doi: 10.1080/02687038.2020.1795076
- Cruice, M., Worrall, L., y Hickson, L. (2010). Health-related quality of life in people with aphasia: Implications for fluency disorders quality of life research. *Journal of Fluency Disorders*, 35(3), 173-189. doi: 10.1016/j.jfludis.2010.05.008
- Cruice, M., Worrall, L., y Hickson, L. (2006). Quantifying aphasic people's social lives in the context of their non-aphasic peers. *Aphasiology*, 20(12), 1210-1225. doi: 10.1080/02687030600790136
- *DeDe, G., Hoover, E., y Maas, E. (2019). Two to tango or the more the Merrier?. A randomized controlled trial of the effects of group size in Aphasia Conversation treatment on standardized tests. *Journal of Speech, Language and Hearing Research*, 62(5), 1437-1451. doi: 10.1044/2019_JSLHR-L-18-0404
- *Dipper, L., Pritchard, M., Walkden, E., y Cruice, M. (2018). How do speakers with and without aphasia use syntax and semantics across two discourse genres? *Aphasiology*, 32(6), 720-738. doi: 10.1080/02687038.2018.1447642
- Duncan, P. W., Wallace, D., Lai, S. M., Johnson, D., Embretson, S., y Laster, L. J. (1999). The stroke impact scale version 2.0: Evaluation of reliability, validity, and sensitivity to change. *Stroke*, 30(10), 2131-2140. doi: 10.1161/01.str.30.10.2131
- Efstratiadou, E., Chelas, E., Ignatiou, M., Christaki, V., Papatheanasiou, I., y Hilari, K. (2012). Quality of life after stroke: Evaluation of the Greek SAQOL-39g. *Folia Phoniatrica Et Logopaedica*, 64(4), 179-186. doi: 10.1159/000340014
- *Efstratiadou, E-A., Papatheanasiou, I., Holland, R., Varlokosta, S., y Hilari, K. (2019). Efficacy of elaborated semantic features analysis in Aphasia: A quasi-randomised controlled trial. *Aphasiology*, 33(12), 1482-1503. doi: 10.1080/02687038.2019.1571558
- Ellis, C., Hardy, R.Y., Lindrooth, R. C., y Peach, R. K. (2018). Rate of aphasia among stroke patients discharged from hospitals in the United States. *Aphasiology* 32(6), 1075-1086. doi: 10.1080/02687038.2017.1385052
- EuroQol Group (1990). EuroQol-a new facility for the measurement of health-related quality of life. *Health Policy*, 16(3), 199-208. doi: 10.1016/0168-8510(90)90421-9
- Fotiadou, D., Northcott, S., Chatzidaki, A., y Hilari, K. (2014). Aphasia blog talk: How does stroke and aphasia affect a person's social relationships? *Aphasiology*, 28(11), 1281-1300. doi: 10.1080/02687038.2014.928664
- *Georgiou, A., Konstantinou, N., Phiniketos, I., y Kambanaro, M. (2019). Neuronavigated theta burst stimulation for chronic aphasia: Two exploratory case studies. *Clinical Linguistics & Phonetics*, 33(6), 532-546. doi: 10.1080/02699206.2018.1562496
- *Georgiou, A.M., Phiniketos, I., Giasafaki, C., y Kambanaros, M. (2020). Can transcranial magnetic stimulation (TMS) facilitate language recovery in chronic global aphasia post-stroke? Evidence from a case study. *Journal of Neurolinguistics*, 55, 100907, 1-9. doi: 10.1016/j.jneuroling.2020.100907
- *Giachero, A., Calati, M., Pia, L., La Vista, L., Molo, M., Rugiero, C., Fornaro, C., y Marangolo, P. (2020). Conversational therapy through semi-immersive virtual reality environments for language recovery and Psychological well-being in post stroke Aphasia. *Behavioural Neurology*, 2846046, 1-15. doi: 10.1155/2020/2846046
- Goodglass, H., y Kaplan, E. (1983). *Boston diagnostic aphasia examination*. Philadelphia: Lea & Febiger.
- *Guo, Y. E., Togher, L., Power, E., y Koh, G. C. H. (2016). Validation of the Stroke and Aphasia Quality of Life Scale in a multicultural population. *Disability and Rehabilitation*, 38(26), 2584-2592. doi: 10.3109/09638288.2016.1138551
- *Guo, Y. E., Togher, L., Power, E., y Heard, R. (2017). Validation of the assessment of living with aphasia in Singapore. *Aphasiology*, 31(9), 981-998. doi: 10.1080/02687038.2016.1230839
- Hilari, K. (2011). The impact of stroke: are people with aphasia different to those without? *Disability & Rehabilitation*, 33(3), 211-218. doi: 10.3109/09638288.2010.508829.
- Hilari, K., y Byng, S. (2009). Health-related quality of life in people with severe aphasia. *International Journal of Language and Communication Disorders*, 44(2), 193- 205. doi: 10.1080/13682820802008820.
- Hilari, K., Byng, S., Lamping, D. L., y Smith, S. C. (2003). Stroke and Aphasia Quality of Life Scale—39 (SAQOL-39). Evaluation of acceptability, reliability and validity. *Stroke*, 34, 1944-1950. doi: 10.1161/01.STR.0000081987.46660.ED
- Hilari, K., Cruice, M., Sorin-Peters, R., y Worrall, L. (2015). Quality of life in aphasia: State of the art. *Folia Phoniatrica et Logopaedica*, 67(3), 114-118. doi: 1159/000440997
- Hirsch, F., y Holland, A. (2000). Beyond activity: Measuring participation in society and quality of life. In L. E. Worrall, y C. M. Frattali (Eds.). *Neurogenic communication disorders: A functional approach* (pp. 35-54). New York: Thieme.
- *Hoover, E.L., Caplan, D.N., Waters, G.S., y Carney, A. (2017). Communication and quality of life outcomes from an interprofessional intensive, comprehensive, aphasia program (ICAP). *Topics in Stroke Rehabilitation*, 24(2), 82-90. doi: 10.1080/10749357.2016.1207147.
- Hula, W. D. et al., (2015). The Aphasia Communication Outcome Measure (ACOM): Dimensionality, item bank calibration, and initial validation. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 58(3), 906-919. doi: 10.1044/2015_JSLHR-L-14-0235
- *Kariyawasam, P. N., Pathirana, K. D., Hewage, D. C., y Dissanayake, R. D. A. (2020). Cultural Adaptation and Preliminary Validation of the Proxy-Rated Sinhala Version of the Stroke and Aphasia Quality of Life Generic Scale—39. *Journal of Central Nervous System Disease*, 12, 1-8. doi: 10.1177/1179573520924953.

- Kertesz, A., y Raven, J. C. (2007). *WAB-R: Western aphasia battery-revised*. San Antonio, Tx; PsychCorp.
- *Kim, E. S., Ruelling, A., Garcia, J. R. y Kajner, R. (2017). A pilot study examining the impact of aphasia camp participation on quality of life for people with aphasia. *Topics in Stroke Rehabilitation*, 24(2), 107-113. doi: 10.1080/10749357.2016.1196907
- *Koleck, M., Gana, K., Lucot, C., Darrigrand, B., Mazaux, J-M. y Glize, B. (2017). Quality of life in aphasic patients 1 year after a first stroke. *Quality of Life Research*, 26(1), 45-54. doi 10.1007/s11136-016-1361-z
- *Kristinsson, S. y Halldorsdottir, T.H. (2020). Translation, adaptation and psychometric properties of the Icelandic stroke and aphasia quality of life scale-39g. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 35(1), 244-251, doi: 10.1111/scs.12840
- Lam, J. M. C., y Wodchis, W. P. (2010). The relationship of 60 disease diagnoses and 15 conditions to preference-based health-related quality of life in Ontario hospital-based long- term care residents. *Medical Care*, 48(4), 380–387. doi: 1097/ MLR.0b013e3181ca2647
- Lee, H., Lee, Y., Choi, H., y Pyun, S-B. (2015). Community integration and Quality of Life in Aphasia after Stroke. *Yonsei Medical Journal*, 56(6), 1694-1702. doi: 10.3349/ymj.2015.56.6.1694
- *Maresca, G. et al., (2019). Toward Improving Poststroke Aphasia: A Pilot Study on the Growing Use of Telerehabilitation for the Continuity of Care. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*, 28(10), 1-9. doi: 10.1016/j.jstroke-cerebrovasdis.2019.104303
- *Marshall, J. et al., (2019). Technology-enhanced writing therapy for people with aphasia: Results of a quasi-randomized wait list controlled study. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 54(2), 203-220. doi: 10.1111/1460-6984.12391
- *Marshall, J. et al., (2020). A randomised trial of social support group intervention for people with aphasia: A Novel application of virtual reality. *PLoS One*, 15(9), e0239715. doi: 10.1371/journal.pone.0239715
- Mattioli, F. (2019). The clinical management and rehabilitation of post stroke aphasia in Italy: Evidences from the literature and clinical experience. *Neurological Sciences*, 40(7), 1329-1334. doi: 10.1007/s10072-019-03844-0
- Mitchell, C. et al., (2021). Prevalence of aphasia and dysarthria among inpatient stroke survivors: Describing the population, therapy provision and outcomes on discharge. *Aphasiology*. 35(7), 950-960. doi: 10.1080/02687038.2020.1759772
- Mitra, I.H. y Krishnan, G. (2015). Adaptation and validation of Stroke-Aphasia Quality of Life (SAQOL-39) scale to Hindi. *Annals of Indian Academy of Neurology*, 18(1), 29-32. doi: 10.4103/0972-2327.144276
- Mizoon, A., Lyden, P., Brady, M., y VISTA Collaboration (2015). Aphasia and dysarthria in acute stroke: Recovery and functional outcome. *International Journal of Stroke*, 10(3): 400–406. doi: 10.1111/ij.s.12067.
- National Institute of Health (NIH). *Study Quality Assessment Tools. Observational Cohort and Cross-Sectional Studies*. <https://www.nhlbi.nih.gov/health-topics/study-quality-assessment-tools>. Recuperado 11 de febrero de 2020
- *Nicholas, M., Jennelle, L., Connor, L.S., Haynes, C., y Zipse, L. (2020). Do caregiver proxy reports and congruence of client-proxy activity participation goals relate to quality of life in people with aphasia? *International Journal of Language & Communication Disorders*, 55(3), 373-386. doi: 10.1111/1460-6984.12524
- *Nicholas, M., Hunsaker, E., y Guarino, A. J. (2017). The relation between language, non-verbal cognition and quality of life in people with aphasia. *Aphasiology*, 32(6), 688-702. doi: 10.1080/02687038.2015.1076927
- Neumann, S., Quinting, J., Rosenkranz, A., Beer, C., Jonas, K., y Stenneken, P. (2019). Quality of life in adults with neurogenic speech-language- communication difficulties: A systematic review of existing measures. *Journal of Communication Disorders*, 79, 24-45. doi: 10.1016/j.jcomdis.2019.01.003
- *Noyan-Erbaş, A., y Toğram, B. (2016). Stroke and aphasia quality-of-life scale-39: Reliability and validity of the Turkish version. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 18(5), 432-438. doi: 10.3109/17549507.2015.1126641
- Organización Mundial de la Salud -OMS- (2019). *Las 10 principales causas de defunción*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>. Recuperado 10 de abril de 2021.
- Organización Mundial de la Salud -OMS- (2021). *Envejecimiento y salud*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>. Recuperado 9 de febrero de 2022.
- Page, M. J., et al., (2021). Updating guidance for reporting systematic reviews: Development of the PRISMA 2020 statement. *Journal of Clinical Epidemiology*, 134, 103-112. doi: 10.1016/j.jclinepi.2021.02.003
- *Pitt, R., Theodoros, D., Hill A. J., y Russell, T. (2019). The development and feasibility of an online aphasia group intervention and networking program– TeleGAIN, *International Journal of Speech-Language Pathology*, 21(1), 23-36. doi: 10.1080/17549507.2017.136956
- *Qiu, W., Guan, H., Chen, Z., Yu, Y., Wu, H., Yu, W. S., Qiu, G., Feng, X., y Lee, K. Y. S. (2019). Psychometric properties of the Chinese-version Stroke and Aphasia Quality of Life Scale 39-generic version (SAQOL-39g). *Topics in Stroke Rehabilitation*, 26(2), 106-112. doi: 10.1080/10749357.2018.1544842
- *Raven-Takken, E., Ter Wal, N., y Van Ewijk, L. (2020). What minimum level of language comprehension is required for reliable administration of the SAQOL-39NLg? *Aphasiology*, 34(6), 695-708. doi: 10.1080/02687038.2019.1610152
- *Ribeiro, R., Rose, M. L., do Nascimento, J., Guarinello, A. C., Sampaio, R. y Athayde, G. (2020). Socio-demographic factors associated with quality of life after a multicomponent aphasia group therapy in people with sub-acute and chronic post- stroke aphasia. *Aphasiology*, 35(5), 1-16. doi: 10.1080/02687038.2020.1727710
- Rose, M. L. et al., (2019). Constraint-induced or multi-modal personalized aphasia rehabilitation (COMPARE): A randomized controlled trial for stroke-related chronic aphasia. *International Journal of Stroke*, 14(9), 972-976. doi: 10.1177/1747493019870401

- Ross, K., y Wertz, R. (2003). Quality of life with and without aphasia. *Aphasiology*, 17(4), 355-364. doi: 10.1080/02687030244000716
- Simmons-Mackie, N. et al., (2014). The assessment for living with aphasia: Reliability and construct validity. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 16(1), 82–94. doi: 10.3109/17549507.2013.831484.
- *Spaccavento, S., et al., (2018). Italian adaptation of the functional outcome questionnaire – aphasia: Initial psychometric evaluation. *Disability and Rehabilitation: An International, Multidisciplinary Journal*, 40(24), 2925-2930. doi: 10.1080/09638288.2017.1362042
- Spaccavento, S. et al., (2014). Quality of life measurement and outcome in aphasia. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 10, 27-37. doi:10.2147/NDT.S52357
- Stroup, D. F., Berlin, J. A., Morton, S. C., Olkin, I., y Williamson, G. D. R. D. (2000). MOOSE guidelines for meta-analyses and systematic reviews of observational studies. *Jama*, 283, 2008-2012. doi: 10.1001/jama.283.15.2008.
- *Swinburn, K. et al., (2019). A concise patient reported outcome measure for people with aphasia: The aphasia impact questionnaire 21. *Aphasiology*, 33(9), 1035-1060. doi: 10.1080/02687038.2018.1517406
- The WHOQOL Group (1998). Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF *Quality of Life Assessment in Psychological Medicine*, 28, 551– 558, Cambridge University Press.
- *van Ewijk, L., Versteegde, L., Raven-Takken, E. y Hilari, K. (2017). Measuring quality of life in Dutch people with aphasia: development and psychometric evaluation of the SAQOL-39NL. *Aphasiology*, 31(2), 189-200. doi: 10.1080/02687038.2016.1168919
- Von Elm, E., Altman, D. G., Egger, M., Pocock, S. J., Gøtzsche, P. C., y Vandenbroucke, J. P. (2007). The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement: Guidelines for reporting observational studies. *Annals of Internal Medicine*, 147(8), 573-577. doi: 10.7326/0003-4819-147-8-200710160-00010.
- Wallace, S. J. et al., (2019). A core outcome set for aphasia treatment research: The ROMA consensus statement. *International Journal of Stroke*, 14(2), 180-185. doi: 10.1177/1747493018806200
- Ware J. E., y Sherbourne, C.D. (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Medical Care*, 30(6), 473-83.
- Watila, M. M., y Balarabe, S. A. (2015). Factors predicting post- stroke aphasia recovery. *Journal of the Neurological Sciences*, 352(1–2), 12–18. doi: 10.1016/j.jns.2015.03.020.
- *Worrall, L.E., Hudson K., Khan A., Ryan B., y Simmons-Mackie N. (2017). Determinants of living well with aphasia in the first year post stroke: A prospective cohort study. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 98(2), 235-240. doi: 10.1016/j.apmr.2016.06.020
- *Zumbansen, A. et al., (2017). Effect of choir activity in the rehabilitation of aphasia: A blind, randomised, controlled pilot study. *Aphasiology*, 31(9), 879-900. doi: 10.1080/02687038.2016.1227424

Anexo 1. Características básicas y resultados principales de los estudios seleccionados

Primer autor	Año	N	Edad	Género	Nivel educativo	Idioma	Comorbilidad	Tipo de Afasia	Tiempo de lesión
Azizbeigi-Boukani	2020	30	59.4 (16.02)	20:10	N/A	Persa	No	Crónica/ aguda	< 6m - ≥ 6 m
Bullier	2020	32	60.7 (16.6)	22:10	Insti, cert vocaci, grad	Francés	No	Leve/Moderada/Severa	1 año-6 años
Cruice	2020	27	61.41 (11.1)	19:8	N/A	Inglés	No	Crónica	64.78 meses
Georgiou	2020	1	74 (N/A)	0:1	6 años	Griego	No	Global severa	48 meses
Giachero	2020	36	59.75 (11.21)	24:12	11.25 años	Italiano	No	Crónica	42.75 meses
Kariyawasam	2020	115	67.07 (11.2)	77:38	Prim/Secund/Avanz y grad.	Cingalés	N/A	Isquémica y Hemorrágica Global/Receptiva/Severa	3 meses
Kristinsson	2020	10	54.7 (12.0)	8:2	N/A	Islandés	No	N/A	10.1 años
Marshall	2020	34	53.5 (17.5)	17:17	Educac. Superior y menor	Inglés	No	por ACV	46.5 meses
Nicholas	2020	25	59.9 (11.8)	19:6	N/A	Inglés	No	Crónica	7 años
Raven-Takken	2020	60	62.9 (11.5)	39:21	10-16 años	Holandés	No	Global/ Broca/Amnésica/Otras	4.6 años
Ribeiro	2020	26	62 (N/A)	17:9	8 años	Brasilero	N/A	Isquémica y Hemorrágica	8 meses
Armour	2019	41	65.2 (10.5)	22:19	N/A	Inglés	N/A	Fluente y no fluente	3 m a 37 años
Caute	2019	21	56 (8.01)	14:7	13.8 años	Inglés	No	por ACV	61 meses
DeDe	2019	46	64.2 (N/A)	32:14	14.8 años	Inglés	No	Anómica/Broca/Conducción/Wernicke	> 5 meses
Efstathiadou	2019	38	58.4 (11.99)	26:12	13.13 años	Griego	N/A	Broca/Anómica/Global/Conducción)	26.36 meses
Georgiou	2019	2	50 (N/A)	1:1	12 años	Griego	No	Anómica moderada/Global severa	1 año - 6 años
Maresca	2019	30	51.2 (11.3)	14:16	13.3 años	Italiano	No	Isquémica/Hemorrágica	NA
Marshall	2019	21	56 (8.01)	12:9	N/A	Inglés	N/A	Por ACV	57.21 meses
Pitt	2019	4	57.5 (N/A)	2:2	N/A	Inglés	N/A	No fluente	158-23 meses
Qiu	2019	84	55.26 (15.65)	68:16	Básica/Secum/Superior	Chino	N/A	Broca/Subcortical/Global/Wernicke	<6 y >12 m
Swinburn	2019	258	64.39 (14.1)	123:135	N/A	Inglés	N/A	Crónica	>24 meses
Attard	2018	4	63.75 (N/A)	3:1	N/A	Inglés	N/A	Broca/Wernicke	46.75 meses
Barnes	2018	3	72.33 (N/A)	3:0	N/A	Inglés	Hemiparesia derecha	Broca/Transcortical sensorial	5 años
Chiou	2018	33	63.03 (12.89)	21:12	14.68 años	Inglés	No	Fluente/no Fluente	94.2 meses
Dipper	2018	26	71.62 (8.57)	12:14	10.65 años	Inglés	No	N/A	>12 meses
Spaccavento	2018	205	66.59 (9.64)	116:89	0 – 18 años	Italiano	No	Fluente/No fluente	< 6 meses
Breitenstein	2017	156	53.2 (N/A)	56:100	10 años	Alemán	No	Global/Wernicke/Broca/Anómica	35 meses

Primer autor	Año	N	Edad	Género	Nivel educativo	Idioma	Comorbilidad	Tipo de Afasia	Tiempo de lesión
Guo	2017	66	61.4 (12.5)	54:12	N/A	Inglés y/o Mandarín	Entre 0 y 4 condiciones	Isquémica y/o Hemorrágica	18.67 meses
Hoover	2017	27	56.3 (2.7)	N/A	15.85 años	Inglés	No	Broca/Wernicke/Conducción/Anómica	4.9 años
Kim	2017	9	57 (N/A)	5:4	14 años	Inglés	No	Conducción/Broca	6 años
Koleck	2017	101	68.72 (13.28)	52:49	Sin escolarizar/ Primaria/ Grad.	Francés	No	Isquémica/Hemorrágica	15.9 meses
Nicholas	2017	28	59.9 (N/A)	21:7	N/A	Inglés	N/A	Fluente/No fluente	75.25 meses
van Ewijk	2017	47	62 (14.5)	23:24	N/A	Holandés	No	Mixta/Anómica/Broca/Transcortical Sensorial	7.8 años
Worrall	2017	58	66.07 (13.59)	35:23	8.9-12 años	Inglés	No	Leve/Moderada/ Severa	12 meses
Zumbansen	2017	22	57 (N/A)	9:13	10	Francés	No	Crónica	> 12 meses
Calis	2016	40	55.5 (12.8)	27:13	Bajo/medio/alto	Turco	N/A	Broca/Anómica/Transcortical/Global	21.8 meses
Guo	2016	29	63.7 (10.1)	N/A	N/A	Inglés y/o Mandarín	Entre 1 y 4 condiciones	ACV isquémico, hemorrágico o ambos	12 meses
Noyan-ErbaS	2016	30	50.8 (10.5)	12:18	8.7 años	Turco	No	Fluente, no fluente y global	7.4 meses

Nota: Edad= media (DT), Género= hombre:mujer; N/A=No aplicable.

Anexo 1. Características básicas y resultados seleccionados de los estudios seleccionados, *continuación*

Primer autor	Medida de severidad de la afasia	Prueba de evaluación de la CdV	Dimensiones CdV	Tipo de diseño	Resultados en dimensiones de CdV
Azizbeigi-Boukani	MRS	SAQOL-39	<ul style="list-style-type: none"> - Física - Psicosocial - Comunicación 	Transversal	CdV global: 3.19 - Física: 3.76 - Psicosocial: 2.93 - Comunicación: 2.49
Bullier	ASRS	SIP-65	<ul style="list-style-type: none"> - Física - Psicológica - Social 	N/A	CdV global: 15 - Física: N/A - Psicológica: N/A - Social: N/A
Cruice	CLQT	ALA	<ul style="list-style-type: none"> - Lenguaje - Participación - Entorno - Identidad personal - Seguir adelante con la vida 	Prospectivo	CdV global: 2.51 - Participación: 2.59 - Lenguaje: N/A - Entorno: N/A - Identidad personal: N/A - Seguir adelante con la vida: N/A

Primer autor	Medida de severidad de la afasia	Prueba de evaluación de la CdV	Dimensiones CdV	Tipo de diseño	Resultados en dimensiones de CdV
Georgiou	BDAE-SF	SAQOL-39g	<ul style="list-style-type: none"> - Física - Psicosocial - Comunicación 	N/A	CdV global: 2.05 - Física: 2.38 - Comunicación: 1.57 - Psicosocial: 2.20
Giachero	CAPPA test	WHOQOL	<ul style="list-style-type: none"> - Física - Social - Psicológica - Medioambiental 	RCT	CdV global: - Física: 66.87 - Social: 58.80 - Psicológica: 64.13 - Medioambiental: 61.82
Kariyawasam	MAST	SAQOL-39g	<ul style="list-style-type: none"> - Física - Psicosocial - Comunicativa 	Adaptación y validación instrumento	CdV global: 3.97 - Física: N/A - Psicosocial: N/A - Comunicativa: N/A
Kristinsson	FCM	SAQOL-39g	<ul style="list-style-type: none"> - Física - Psicosocial - Comunicativa 	Adaptación y validación instrumento	CdV global: 3.73 - Física: 4.28 - Comunicación: 3.09 - Psicosocial: 3.51
Marshall	Frenchay Aphasia Screening Test	SAQOL-39g	<ul style="list-style-type: none"> - Física - Psicosocial - Comunicativa 	RCT	CdV global: 3.61 - Física: N/A - Psicosocial: N/A - Comunicativa: N/A
Nicholas	ASR	SAQOL-39	<ul style="list-style-type: none"> - Física - Psicosocial - Comunicativa - Energía 	N/A	CdV global: 3.69 - Física: 4.02 - Comunicación: 2.99 - Psicosocial: 3.69 - Energía: 3.58
Raven-Takken	Token SAT CAT-NL	SAQOL-39NLIg	<ul style="list-style-type: none"> - Física - Psicosocial - Comunicativa 	N/A	CdV global: 3.53 - Física: N/A - Comunicación: N/A - Psicosocial: N/A
Ribeiro	NIHSS	SAQOL-39	<ul style="list-style-type: none"> - Física - Psicosocial - Comunicativa - Energía 	RCT	CdV global: N/A - Física: 3.32 - Comunicación: 2.89 - Psicosocial: 2.83 - Energía: 3.13
Armour	LPAA	SAQOL-39	<ul style="list-style-type: none"> - Física - Psicosocial - Comunicativa - Energía 	Estudio de casos	CdV global: 3.37 - Física: 3.67 - Comunicación: 2.62 - Psicosocial: 3.35 - Energía: 3.40

Primer autor	Medida de severidad de la afasia	Prueba de evaluación de la CdV	Dimensiones CdV	Tipo de diseño	Resultados en dimensiones de CdV
Caute	CAT CLQT	ALA	<ul style="list-style-type: none"> - Lenguaje - Participación - Entorno - Identidad personal - Seguir adelante con la vida 	Cuasi RCT	CdV global: 2.53 - Lenguaje: N/A - Participación: N/A - Entorno: N/A - Identidad personal: N/A - Seguir adelante con la vida: N/A
DeDe	CAT	ACOM	<ul style="list-style-type: none"> - Vida comunitaria - Vida doméstica - Vida económica - Educación y trabajo - Interpersonal y ocio - Recreativo - Autocuidado 	RCT	CdV global: 50.77 - Vida comunitaria: N/A - Vida doméstica: N/A - Vida económica: N/A - Educación y trabajo: N/A - Interpersonal y ocio: N/A - Recreativo: N/A - Autocuidado: N/A
Efstratiadou	BDAE BNT	SAQOL-39g	<ul style="list-style-type: none"> - Física - Psicosocial - Comunicativa 	Quasi-randomized CTR	CdV global: 3.31 - Física: 3.80 - Comunicación: 2.77 - Psicosocial: 3.07
Georgiou	BDAE-SF	SAQOL-39g	<ul style="list-style-type: none"> - Física - Psicosocial - Comunicativa 	Estudio de casos	CdV global: 3.75 - Física: 2.97 - Comunicación: 2.99 - Psicosocial: 3.66
Maresca	ENPA	EQ-5D	<ul style="list-style-type: none"> - Movilidad - Autocuidado - Actividades habituales - Dolor/malestar - Ansiedad/ depresión 	Estudio cohorte	CdV global: 64.69 - Movilidad: 1.61 - Autocuidado: 1.40 - Actividades habituales: 1.74 - Dolor: 1.58 - Depresión: 1.51
Marshall	CAT CLQT	ALA	<ul style="list-style-type: none"> - Lenguaje - Participación - Entorno - Identidad personal - Seguir adelante con la vida 	Cuasi RCT	CdV global: 2.48 - Lenguaje: N/A - Participación: N/A - Puntuación Entorno: N/A - Identidad personal: N/A - Seguir adelante con la vida: N/A
Pitt	BDAE	ALA	<ul style="list-style-type: none"> - Lenguaje - Participación, - Entorno - Identidad personal - Seguir adelante con la vida 	Estudio piloto	CdV global: 120.38 - Lenguaje: 13.13 - Participación: 54.63 - Entorno: 11.38 - Personal: 37.88 - Seguir adelante con la vida: 3.25

Primer autor	Medida de severidad de la afasia	Prueba de evaluación de la CdV	Dimensiones CdV	Tipo de diseño	Resultados en dimensiones de CdV
Qiu	BDAE	SAQOL-39g	<ul style="list-style-type: none"> - Física - Psicosocial - Comunicativa 	Adaptación y validación instrumento	CdV global: 3.51 - Física: 3.84 - Comunicación: 3.189 - Psicosocial: 3.34
Swinburn	BDAE	EQ-5D	<ul style="list-style-type: none"> - Movilidad - Autocuidado - Actividades habituales - dolor/malestar y - ansiedad/depresión 	Adaptación y validación instrumento	CdV global: 64.69 - Movilidad: 1.61 - Autocuidado: 1.40 - Actividades habituales: 1.74 - Dolor: 1.58 - Depresión: 1.51
Attard	WAB-RAQ	ALA	<ul style="list-style-type: none"> - Lenguaje - Participación - Entorno - Identidad personal - Seguir adelante con la vida 	Longitudinal	CdV global: 100.00 - Lenguaje: 9.00 - Participación: 41.13 - Entorno: 9.25 - Personal: 26.63 - Seguir adelante con la vida: N/A
Barnes	WAB-R	SAQOL-39	<ul style="list-style-type: none"> - Física - Psicosocial - Comunicativa - Energía 	Estudio de casos	CdV global: 3.01 - Física: 2.70 - Comunicación: 2.19 - Psicosocial: 3.74 - Energía: 3.75
Chiou	WAB-R	ALA-R PRE-ALA-R	<ul style="list-style-type: none"> - Afasia - Participación - Entorno - Identidad personal 	N/A	ALA-R CdV global: 2.5 - Lenguaje: 1.84 - Participación: 2.54 - Entorno: 2.58 - Personal: 2.66 PRE-ALA-R CdV global: 3.3 - Lenguaje: 3.7 - Participación: 3.3. - Entorno: 3.6 - Personal: 3.3
Dipper	WAB-R	QoL narrative questions	Discursos de dos géneros: - Descripción imágenes - Narrativa personal en respuestas a preguntas sobre CdV	Estudio de casos	N/A
Spaccavento	AAT	QLQA	<ul style="list-style-type: none"> - Comunicación - Condición psicológica - Autonomía 	Adaptación y validación instrumento	N/A

Primer autor	Medida de severidad de la afasia	Prueba de evaluación de la CdV	Dimensiones CdV	Tipo de diseño	Resultados en dimensiones de CdV
Breitenstein	MRS	SAQOL-39	<ul style="list-style-type: none"> - Física - Psicosocial - Comunicativa - Energía 	RCT	<p>CdV global: 3.63</p> <ul style="list-style-type: none"> - Física: 3.97 - Comunicación: 2.72 - Psicosocial: 3.64 - Energía: 3.80
Guo	BDAE	ALA y ALA-C	<ul style="list-style-type: none"> - Afasia (alteración) - Participación - Entorno - Identidad personal 	Adaptación y validación instrumento	<p>ALA CdV global: 79.40</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lenguaje: 9.78 - Participación: 33.30 - Entorno: 9.13 - Personal: 25.20 <p>ALA-C CdV global: 78.85</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lenguaje: 9.42 - Participación: 34.10 - Entorno: 8.85 - Personal: 23.50
Hoover	A-FROM	SIS	<ul style="list-style-type: none"> - Fuerza - Función de la mano - AVD - Movilidad - Comunicación - Emoción - Memoria y pensamiento - Participación 	Estudio de casos	<p>CdV global: 3.5</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fuerza: N/A - Función de la mano: N/A - AVD: N/A - Movilidad: N/A - Comunicación: N/A - Emoción: N/A - Memoria y pensamiento: N/A - Participación: N/A
Kim	WAB-R	ALA-2	<ul style="list-style-type: none"> - Participación - Entorno - Identidad personal - Vida con afasia 	Cuasi experimental	<p>CdV global: 2.82</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lenguaje: 2.61 - Participación: 2.74 - Entorno: 3.06 - Personal: 3.07
Koleck	ASRS	The Bränholm and Fugl-Meyer Satisfaction with Life Scale	<ul style="list-style-type: none"> - Vida en general - Independencia - Ocio - Economía - Vida familiar - Contactos con amigos - Salud física - Salud psicológica 	Prospectivo	<p>CdV global: N/A</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vida en general: N/A - Independencia: N/A - Ocio: N/A - Economía: N/A - Vida familiar: N/A - Contactos con amigos: N/A - Salud física: N/A - Salud psicológica: N/A

Primer autor	Medida de severidad de la afasia	Prueba de evaluación de la CdV	Dimensiones CdV	Tipo de diseño	Resultados en dimensiones de CdV
Nicholas	ASR BDAE-3	SAQOL-39	<ul style="list-style-type: none"> - Física - Psicosocial - Comunicativa - Energía 	N/A	<p>CdV global: 3.74</p> <ul style="list-style-type: none"> - Física: 4.04 - Comunicación: 3.18 - Psicosocial: 3.61 - Energía: 3.79
van Ewijk	Basada en diagnóstico del logopeda	SAQOL-39	<ul style="list-style-type: none"> - Física - Psicosocial - Comunicativa 	Adaptación y validación instrumento	<p>CdV global: 5.8</p> <ul style="list-style-type: none"> - Física: N/A - Comunicación: N/A - Psicosocial: N/A - Energía: N/A
Worrall	BOSS WAB-R	ALA	<ul style="list-style-type: none"> - Afasia (alteración) - Participación - Entorno - Identidad personal - Vida con afasia 	Prospectivo	<p>CdV global: N/A</p> <ul style="list-style-type: none"> - Afasia: N/A - Participación: N/A - Entorno: N/A - Identidad personal: N/A - Vida con afasia: N/A
Zumbansen	MT86	SIP-65	<ul style="list-style-type: none"> - Fatiga y sueño - Estado de ánimo y mental - Estado físico - Actividades en casa y en el jardín - Actividades fuera de casa - Relaciones con los allegados - Pensamiento - Memoria y concentración - Capacidad de comunicación - Actividades de ocio - Dieta 	RCT	<p>CdV global: 49.4</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fatiga y sueño: N/A - Estado de ánimo y mental: N/A - Estado físico: N/A - Actividades en casa y jardín: N/A - Actividades fuera de casa: N/A - Relaciones con los allegados: N/A - Pensamiento: N/A - Memoria y concentración: N/A - Capacidad de comunicación: N/A - Actividades de ocio: N/A - Dieta: N/A
Calis	EAT	SAQOL-39/TR	<ul style="list-style-type: none"> - Física - Psicosocial - Comunicativa - Energía 	Adaptación y validación instrumento	<p>CdV global: 2.9</p> <ul style="list-style-type: none"> - Física: 2.8 - Comunicación: 3.0 - Psicosocial: 2.9 - Energía: 3.5

Primer autor	Medida de severidad de la afasia	Prueba de evaluación de la CdV	Dimensiones CdV	Tipo de diseño	Resultados en dimensiones de CdV
Guo	BDAE	SAQOL-39 EQ-5D	<ul style="list-style-type: none"> - Física - Psicosocial - Comunicación - Movilidad - Auto-cuidado - Actividades diarias - Dolor - Ansiedad/depresión 	Prospectivo	SAQOL-39 CdV global: 3.97 - Física: N/A - Comunicación: N/A - Psicosocial: N/A EQ-5D CdV global: 4.02 - Movilidad: N/A - Auto-cuidado: N/A - Actividades diarias: N/A - Dolor: N/A - Ansiedad/depresión: N/A
Noyan-ErbaS	ADD	SAQOL-39	<ul style="list-style-type: none"> - Física - Psicosocial - Comunicación - Energía 	Adaptación y validación instrumento	SAQOL-39 CdV global: 3.30 - Física: N/A - Comunicación: N/A - Psicosocial: N/A - Energía: N/A

Nota: AAT = Achener Aphasia Test; ACOM = Aphasia Communication Outcome Measure; ADD = Aphasia Language Evaluation Test in Turkish; A-FROM = Living with Aphasia Framework for Outcome Measurement; ALA = Assessment for living with aphasia; ALA-R = Assessment for Living with Aphasia-Revised; ASR = Aphasia severity rating from de BDAE-3; ASRS = Aphasia Severity Rating Scale; BDAE = Boston Diagnostic Aphasia Examination; BDAE-3 = Boston Diagnostic Aphasia Examination-3rd ed; BNT = Boston Naming Test; BOSS = Burden of Stroke Scale; CAPP test = Conversation Analysis Profile for People with Aphasia test; CAT = Comprehensive Aphasia Test; CLOT = Cognitive Linguistic Quick Test; EAT = Ege Aphasia Test; ENPA = Exame Neurológico Per l'Afasia; EQ-5D = Euro-QoL-5D; FCM = Functional Communication Measurement; Frenchay Aphasia Screening Test; LPAA = Life Participation Approach to Aphasia; MAST = Mississippi Aphasia Screening Test; MRS = Modified Rankin Scale; MT86 = Francophone language evaluation battery for aphasia; NIHSS = National Institute of Health Stroke Scale; PRE-ALA-R = Prestroke ALA-R; QLQA = Quality of Life Questionnaire for Aphasics; RCT = Randomised controlled trials; SAQOL-39 = Stroke and aphasia quality of life scale; SAQOL-39g = Stroke and Aphasia Quality of Life Generic Scale-39; SAT = Semantic Association Test; SIP-65 = Sickness Impact Profile; SIS = Stroke Impact Scale The Brånholm and Fugl-Meyer Satisfaction with Life Scale; Token = Token Test; WAB-R (Western Aphasia Battery-Revised; WHOQOL = Word Health Organization Quality of Life;