

---

# Tipologies d'intervenció logopèdica

---

PID\_00272193

Laia Cardús Parera  
Alfonso Igualada Pérez

---

Temps mínim de dedicació recomanat: 2 hores

---




**Laia Cardús Parera**

Diplomada en Logopèdia i en Magisteri d'Educació Especial per la Universitat Ramon Llull. També ha cursat el màster de Psicologia de l'educació de la Universitat de Barcelona i ha fet formació sobre Psicologia de la gestalt específica per a infants i adolescents. Actualment dirigeix el seu gabinet de logopèdia i és mestra de pedagogia terapèutica en una escola rural. També imparteix formacions a professionals de l'educació especialitzats en trastorn de l'espectre autista (TEA), trastorn específic del llenguatge (TEL) i sistemes alternatius i augmentatius de la comunicació (SAAC).


**Alfonso Igualada Pérez**

Diplomat en Logopèdia per la Universitat de València, màster en Fonètica i fonologia pel CSIC-UIMP, màster en Lingüística general i aplicada per la UPF i doctorat en Ciències del Llenguatge per la Universitat Pompeu Fabra. Actualment és professor titular dels Estudis de Psicologia i Ciències de l'Educació de la Universitat Oberta de Catalunya, on dirigeix el grau de Logopèdia i imparteix docència en el màster Dificultats de l'aprenentatge i trastorns del llenguatge. Té pràctica terapèutica com a logopeda en l'àmbit de l'atenció primerenca a la infància, especialitzat en disfàgia, trastorns del llenguatge i trastorns de l'espectre autista, així com formació en arts del moviment i en teatre, amb un enfocament terapèutic. La seva investigació se centra en el desenvolupament del llenguatge, la comunicació gestual, les habilitats sociocomunicatives i pragmàtiques i la prevenció, l'avaluació i el tractament dels trastorns del llenguatge i el trastorn de l'espectre autista. Fruit de la seva investigació ha publicat articles en diverses revistes científiques.

L'encàrrec i la creació d'aquest recurs d'aprenentatge UOC han estat coordinats per la professora: Nadia Ahufinger Sanclemente

Primera edició: febrer 2020  
 © Laia Cardús Parera, Alfonso Igualada Pérez  
 Tots els drets reservats  
 © d'aquesta edició, FUOC, 2020  
 Av. Tibidabo, 39-43, 08035 Barcelona  
 Realització editorial: FUOC

*Cap part d'aquesta publicació, incloent-hi el disseny general i la coberta, no pot ser copiada, reproduïda, emmagatzemada o transmesa de cap manera ni per cap mitjà, tant si és elèctric com mecànic, òptic, de gravació, de fotocòpia o per altres mètodes, sense l'autorització prèvia per escrit del titular dels drets.*

# Índex

<b>1. Tipologies d'intervenció logopèdica</b> .....	5
1.1. Intervenció logopèdica individual o en grups reduïts .....	5
1.2. Intervenció en contextos naturals .....	7
1.2.1. Intervenció basada en la família .....	8
1.2.2. Intervenció en l'entorn educatiu .....	10
1.3. Intervenció multidimensional i unidimensional .....	14
1.4. Intervenció directa i indirecta .....	15
1.5. Intervenció logopèdica i tecnologies de la informació i la comunicació (TIC) .....	16
1.6. La teleintervenció o intervenció a distància .....	17
<b>2. Models, teories i corrents d'intervenció</b> .....	21
<b>Bibliografia</b> .....	25



## 1. Tipologies d'intervenció logopèdica

La planificació de la intervenció logopèdica requereix de la consideració de diferents variables que faran possible ajustar-se a les necessitats de la persona a la que s'atèn i, per tant, incidiran en la seva qualitat de vida.

Algunes d'aquestes variables es relacionen directament amb la presa de decisions sobre com es durà a terme la intervenció: quin tipus de format, en quin context, amb quins suports i sota quin model teòric. Així, doncs, per tal de facilitar la consecució dels objectius plantejats és important saber valorar i triar la tipologia d'intervenció que es durà a terme. El coneixement teòric de les diferents modalitats d'intervenció esdevé cabdal per tal de prendre decisions sobre la pràctica professional.

### 1.1. Intervenció logopèdica individual o en grups reduïts

Les pràctiques d'intervenció logopèdica poden tenir dos grans formats: les sessions individuals i les sessions en petit grup. La gran majoria d'intervencions logopèdiques utilitzen aquests dos formats segons els objectius i el tipus de treball.

**Intervenció individual:** tipus d'intervenció basada en el format de sessió (un a un) logopeda-pacient.

Tradicionalment, les sessions de logopèdia s'han dut a terme des d'un punt de vista clínic, i per tant el format de sessió individual, només amb la participació del logopeda i de la persona que rep la intervenció, ha estat el més habitual. Aquestes sessions es fan en un context de despatx o de gabinet logopèdic, i es duen a terme amb pacients de totes les edats i amb qualsevol tipus de trastorn. Es pot afirmar que no hi ha un perfil concret de pacient que necessiti aquest format de manera explícita.

El format d'aquestes sessions té els següents punts forts:

- S'adapta a les necessitats específiques de la persona i als objectius concrets d'aprenentatge i d'intervenció.
- Permet ajustar de manera individualitzada i permanent l'ajuda i els suports necessaris segons l'evolució de la sessió.

- Permet treballar molt focalitzadament les dificultats severes que presenta la persona, a les quals cal aplicar un suport o una pràctica intensa i reiterada.
- Facilita l'atenció i la concentració de la tasca per part del pacient, sobretot si té dificultats d'atenció.

Però també presenta algunes mancances o punts febles:

- Esdevé una situació concreta i descontextualitzada.
- Pot ser feixuc per al pacient, ja que tot el focus es concentra en ell i el seu treball.
- Hi ha una relació desigual entre logopeda i pacient pel que fa a les habilitats lingüístiques d'ambdós.

El segon format d'intervenció es basa en el treball en petit grup. Tot i que també és un format emprat a pràcticament qualsevol edat i trastorn, sí que sovint és el mètode més utilitzat a les escoles (alumnat que presenta dislàlies, dificultats d'expressió oral, necessitats específiques de suport en lectoescriptura, entre altres trastorns) i també en l'àmbit sanitari i/o sociosanitari, on s'empra força sovint amb grups de pacients que presenten patologies de la veu, rehabilitació de funcions orals no verbals, persones amb afàsia que han de millorar l'expressió oral, entre altres trastorns.

**Intervenció en petit grup:** tipus d'intervenció en el qual la sessió està formada pel logopeda i entre dues i quatre persones més que necessiten intervenció logopèdica.

Aquest format d'intervenció presenta també força potencialitats:

- Permet el treball entre iguals de manera simultània; bé perquè són pacients amb les mateixes o similars dificultats lingüístiques, o bé perquè són pacients de la mateixa edat.
- Afavoreix el treball emocional del pacient, ja que observa que hi ha més persones amb les mateixes necessitats i dificultats que ell.
- Permet aprendre per mitjà del treball de l'altra persona: observar i corregir el que fa l'altra persona, aprofitar el retorn que el logopeda els dona, aprendre estratègies que els companys utilitzen, etc.
- La sessió esdevé més dinàmica perquè permet treballar més a partir del joc, dur a terme una conversa amb diferents agents comunicatius, etc.

- Aquest format es dona també en contextos més naturals, com l'entorn escolar, malgrat que no és un format d'intervenció totalment inclusiu, ja que el grup d'alumnes no és dins de l'aula ordinària durant la sessió.

Cal esmentar, però, que també té alguns punts dèbils:

- Els objectius de treball poden no ser del tot específics per al pacient, ja que hi ha altres persones en la sessió amb altres necessitats, i per tant han de ser necessàriament més globals.
- El temps de treball destinat a cada pacient disminueix.
- Si la persona té dificultats d'atenció, facilita que es distregui i perdi la concentració en la tasca. Per aquest motiu, és molt important tenir especial cura del disseny d'intervenció.

Correspon al logopeda, com a professional, establir quin format d'intervenció és el més adequat segons la demanda, les necessitats i les habilitats de la persona.

Val a dir, però, que **sovint s'utilitzen formats d'intervenció híbrids**, és a dir, el pacient fa algunes sessions individualment i altres les fa en petit grup. Això permet utilitzar les potencialitats que ambdós formats tenen per a afavorir la millora del pacient. El format d'intervenció ha de ser flexible i susceptible de modificar-se, és a dir, el logopeda ha de poder variar el format de sessions segons l'evolució i les noves necessitats d'intervenció que es vagin produint.

## 1.2. Intervenció en contextos naturals

Tradicionalment, la logopèdia s'ha basat en l'anomenat *model expert*, fonamentat en una intervenció logopèdica més ambulatoria, clínica, centrada en el pacient que presenta les dificultats comunicatives, i duta a terme per una persona experta, en aquest cas el logopeda, que és qui marca la pauta al llarg de tota l'avaluació i la intervenció.

No obstant això, basant-nos en les premisses que l'ésser humà és un ésser social i que tant la comunicació com el llenguatge són elements socials que es desenvolupen i evolucionen mitjançant la interacció amb l'entorn (Vygotsky, 1978), al llarg dels últims anys ha començat a aparèixer amb força la **intervenció naturalista**, que aposta per un model més social centrat en el pacient, però que també té molt en compte la família i l'entorn (Escorcia, García, Orcajada, i Sánchez, 2016).

Des d'aquest punt de vista, per tant, es considera que **les persones que presenten dificultats de comunicació formen part d'un context que cal tenir molt en compte** en el moment de l'avaluació i durant tota la intervenció. Aquest enfocament representa un canvi de paradigma perquè:

- Dona molta importància als contextos significatius de la persona i a les necessitats comunicatives que en deriven.
- Estableix un treball d'empoderament centrat en la família.
- Afavoreix un treball interdisciplinari.

### 1.2.1. Intervenció basada en la família

Diferents investigacions sobre el coneixement neurocientífic relacionat amb la plasticitat cerebral i l'aprenentatge han demostrat que per a aprendre cal l'acció, juntament amb la intenció i l'emoció. Aquests elements sempre es donen en situacions contextualitzades en entorns naturals i són difícils de reproduir en un espai de tractament (Cummings, 2018). A això se sumen diferents teories sobre el desenvolupament infantil de base sociointeraccionista (Bruner, 1977), així com la teoria ecològica de Bronfenbrenner (1979), que dona una gran importància a la família i a l'entorn, i a les característiques del context i a les interaccions socials, per al desenvolupament en general i sobretot per al desenvolupament del llenguatge.

**Intervenció basada en el treball amb la família:** tipus d'intervenció en el qual la família de la persona que rep la intervenció logopèdica es considera una peça clau en l'avaluació, el diagnòstic i la intervenció.

Tal com apunta Cummings (2018), la **família té un rol important durant tota l'atenció logopèdica** perquè:

- Permet tenir una informació més acurada sobre les dificultats comunicatives del pacient: la família pot aportar mostres de treballs escrits i rutines diàries, pot explicar situacions comunicatives concretes, com es desenvolupa en diferents entorns, etc.
- Augmenta el temps de teràpia: si **s'empodera** la família, aquesta pot fer els diferents exercicis, oferir un bon retorn i esdevenir un bon model.
- Permet dur a terme una **valoració sobre l'evolució més qualitativa**: la família pot valorar canvis (encara que siguin subtils) sobre les funcions comunicatives del pacient en diferents entorns, contextos comunicatius i persones que no es podrien valorar en un entorn clínic.



- Afavoreix la **generalització**: la família pot facilitar a la persona l'aprenentatge d'estratègies i la millora de les habilitats lingüístiques afectades en els diferents contextos comunicatius significatius per a ella.
- Té un paper molt important: ofereix **suport i acompanyament emocional** a la persona.

Cummings apunta també que per a dur a terme un bon treball conjunt amb la família, el logopeda ha de:

- Fer partícips els membres de la família de les diferents decisions respecte a la intervenció.
- Fomentar l'empoderament, oferir un bon assessorament clínic, informar sobre les dificultats comunicatives que presenta el familiar i les conseqüències que això té, i ensenyar les estratègies i les tècniques d'intervenció per a fer les pràctiques a casa.
- Establir una col·laboració positiva amb la família basada en el respecte a les capacitats, els recursos, la dinàmica, la història familiar i les necessitats de la família (Turnbull i Turnbull, 2001; Turnbull, Turnbull, i Kyzar, 2009).
- Dur a terme un programa individual de suport familiar (PISF), document que recull tota la planificació de la intervenció (McWilliam, 2012).
- Establir un treball interdisciplinari amb altres professionals.

Tot i que s'ha demostrat l'eficiència i l'eficàcia<sup>1</sup> dels enfocaments d'intervenció naturalista en pràcticament qualsevol dels trastorns vinculats al llenguatge i a la comunicació, aquesta intervenció s'ha aplicat principalment a dos grans grups de població. En primer lloc, a persones que presenten la necessitat d'un sistema augmentatiu i alternatiu de comunicació<sup>2</sup> (SAAC). Aquests tipus de suports es duen a terme per tal que la persona pugui comunicar-se amb l'entorn i a l'inrevés; per tant, cal adaptar les capacitats, les necessitats i la demanda comunicativa del pacient i, a més, formar la família i altres persones significatives que s'hi comuniquen i prendre decisions conjuntes, exigències que conformen un enfocament clarament naturalista.

<sup>(1)</sup>El concepte d'*eficàcia* fa referència a la capacitat d'aconseguir els objectius d'intervenció plantejats, mentre que el concepte d'*eficiència* es refereix a la consecució d'aquests objectius amb la menor quantitat de recursos possibles. Dins de la intervenció logopèdica és important el binomi eficiència-eficàcia per a aconseguir els objectius d'intervenció utilitzant els recursos disponibles.

<sup>(2)</sup>Els sistemes augmentatius i alternatius de comunicació (SAAC) són eines que faciliten la comprensió i l'expressió oral de les persones que tenen dificultats greus de comunicació. Aquestes eines generalment són plafons que contenen el vocabulari important per tal que la persona es pugui comunicar. Aquests sistemes poden ser emprats com a:

- Comunicació augmentativa: quan la intel·ligibilitat de la parla està afectada, i per tant el plafó de comunicació ajuda a augmentar les possibilitats de comunicació.

També s'utilitza per a persones amb dificultats de comprensió o per a estimular el llenguatge en general.

- Comunicació alternativa: com a substitut de la parla, ja que la persona pràcticament no emet cap so o la intel·ligibilitat està greument afectada.

En segon lloc, l'atenció precoç i el treball centrat en la família és un altre tipus d'intervenció que es pot classificar dins de la intervenció basada en la família, ja que s'ha demostrat que la família i els cuidadors dels infants en edats primerenques tenen molta influència en el desenvolupament global i, especialment, en l'evolució del llenguatge (Escorcia *et al.*, 2016).

**Atenció precoç:** tipus d'intervenció centrada en nens i nenes d'edats primerenques (entre zero i sis anys). L'atenció precoç permet aprofitar la gran capacitat d'aprenentatge dels infants, gràcies a la seva plasticitat neuronal, perquè adquireixin i desenvolupin les habilitats afectades. L'atenció precoç permet identificar de seguida les dificultats i necessitats que pugui tenir l'infant, i per tant intervenir el més aviat possible.

### 1.2.2. Intervenció en l'entorn educatiu

L'escola és un context natural privilegiat per al desenvolupament del llenguatge, ja que ofereix una xarxa de situacions formals i informals i una gran quantitat de situacions comunicatives amb diferents interlocutors (alumnat-mestres, alumnat-companys, alumnat-grup, entre altres) que la converteixen en un microcosmos on hi ha representada gairebé la totalitat d'usos socials del llenguatge (Garriga i Sánchez, 2005).

A més, si tenim en compte les opinions vygotskianes que afirmen que el llenguatge es desenvolupa a partir de la interacció social, aquest conjunt d'interaccions comunicatives, si són planificades i treballades per part dels docents, augmenten el seu potencial d'aprenentatge.

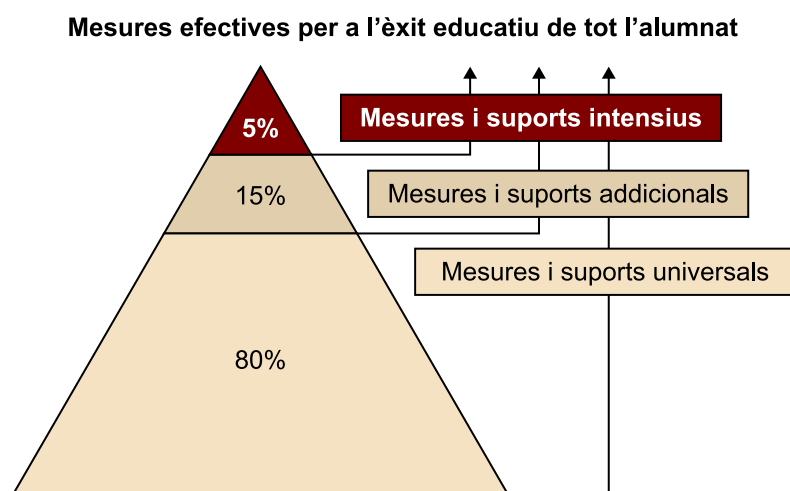
El sistema educatiu actual tendeix cap al concepte d'*inclusió*. Booth (2002) afirma que l'educació inclusiva està constituïda per un cos de valors que impregna tant la cultura com les polítiques educatives i les pràctiques d'ensenyament-aprenentatge, que permeten assegurar que totes les persones, independentment de l'origen socioeconòmic i cultural i de les seves capacitats innates o adquirides, tinguin les mateixes oportunitats d'aprenentatge en qualsevol context educatiu, alhora que es contribueix a generar societats més justes i equitatives (Departament d'Ensenyament, 2015).

D'aquesta afirmació s'extreu la necessitat que el model d'escola actual ofereixi oportunitats d'aprenentatge per a tot tipus d'alumnat. En aquest sentit, les concepcions fins ara més vinculades a la clínica consistents a atendre l'alumnat amb dificultats del llenguatge fora de l'aula van perdent pes, ja que la inclusió aposta per brindar els suports necessaris a l'alumnat que ho requereixi en entorns el més ordinari possible.

En el context de Catalunya, el Departament d'Ensenyament (2015) planteja que els suports poden ser:

- Universals: per a la totalitat de l'alumnat.
- Addicionals: per al 20% de l'alumnat.
- Intensius: per al 5% de l'alumnat.

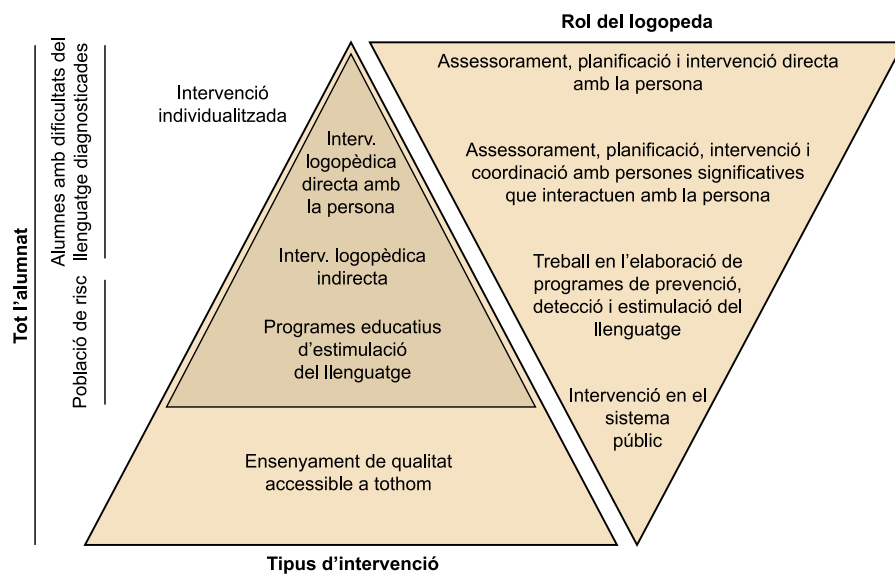
Figura 1. Piràmide dels suports.



Font: Departament d'Ensenyament, 2015.

En aquesta línia, i focalitzant més en el treball del logopeda, Ebbels, McCartney, Slonims, Dockrell i Norbury (2019) estableixen la piràmide de suports vinculada al llenguatge, que com a professionals ens dona una guia de quines derivacions, quins suports i quina tipologia d'intervencions caldria dur a terme en l'àmbit escolar, específicament en l'àrea de logopèdia.

Figura 2.



Piràmide basada en Ebbels et al. (2019). L'autora estableix la relació entre el tipus d'intervenció i el rol del logopeda segons la intensitat de suports que necessita la persona.

Si relacionem una piràmide amb l'altra i les vinculem al tipus de suport que ha de dur a terme el logopeda (triangle invertit) observem que:

- Les mesures universals d'aprenentatge (primer nivell) vinculades al desenvolupament del llenguatge també van destinades a tot l'alumnat, i fan referència a establir un conjunt de suports, metodologies i estratègies a l'aula que afavoreixi el desenvolupament i l'aprenentatge del llenguatge per a tothom. La tasca del logopeda en aquest nivell és la d'assessorar el cos docent en el disseny d'activitats educatives que afavoreixin el desenvolupament del llenguatge. Es tracta d'un treball més vinculat a assessorar en la programació de les unitats didàctiques lligades al currículum per tal de dur a terme una bona estimulació i un bon desenvolupament del llenguatge (oral i escrit), prevenir possibles endarreriments del llenguatge i detectar alumnat en situació de risc.
- En el segon nivell hi hauria les mesures addicionals adreçades a l'alumnat que està en risc o presenta algunes dificultats d'adquisició, d'aprenentatge o de desenvolupament del llenguatge. Aquestes mesures es basen en programes de llenguatge més específics, en els quals el logopeda ja intervé d'una manera més clara per mitjà de l'assessorament a l'equip de mestres i a la família, i al treball directe amb l'alumnat. El format d'intervenció amb l'alumnat en aquest nivell es fa sobretot en grups reduïts d'alumnes que presenten necessitats educatives similars i que segueixen un mateix programa d'intervenció en el llenguatge.
- En el tercer nivell ja parlem d'un alumnat que requereix un conjunt de suports intensius, i per tant té un grau d'afectació del llenguatge més sever i complex. Aquestes necessitats deriven de trastorns inherents a l'individu, com ara algun tipus de trastorn del llenguatge escrit o oral, així com també algun tipus de discapacitat que incideix significativament en

el llenguatge; també poden derivar de factors contextuals, com ara una manca d'estimulació del llenguatge a casa, de sobreprotecció o de dificultats de criança per part de les famílies, entre altres. En aquest últim nivell, l'alumnat requereix una intervenció logopèdica més individualitzada i sistemàtica, i l'assessorament del logopeda esdevé cabdal de cara a l'empoderament dels docents que l'atenen i dels familiars per a garantir una atenció educativa ajustada a les seves necessitats, i perquè la família pugui dur a terme un bon treball comunicatiu i de suport acadèmic a casa.

Tenint en compte aquestes premisses, el rol del logopeda és important perquè (Garriga i Sánchez, 2005):

- Ha de vetllar per a dur a terme un **treball interdisciplinari** en col·laboració amb tot el cos docent i amb altres professionals externs, per tal de marcar uns objectius de treball conjunts i establir una estratègia d'intervenció comuna que doni una resposta educativa eficaç.
- Ha de substituir la visió que es basa en el model clínic, centrada en l'etiologia del dèficit, per una **valoració del comportament lingüístic de l'alumnat en el context natural de l'escola** i en les interaccions comunicatives que s'estableixen.
- **Ha d'assessorar i empoderar l'equip de professionals** que treballen amb l'alumnat sobre com oferir una bona resposta educativa que garanteixi el desenvolupament de l'aprenentatge i del llenguatge.

Hi ha dues grans figures professionals dins de l'entorn educatiu que treballen amb alumnat amb dificultat de llenguatge i de comunicació; d'una banda hi ha els logopedes, i de l'altra, els mestres d'audició i de llenguatge (MALL). Aquests dos perfils professionals coincideixen en l'àrea d'intervenció, però cal tenir en compte quines són les tasques de cadascun i fomentar el treball en equip per a una bona intervenció en l'àmbit educatiu. La taula següent mostra la idiosincràsia de cada professió.

Col·lectius que atén		Principals competències de cada professional	
Logopeda	MALL	Logopeda	MALL
Persones amb trastorns de la veu, la parla, el llenguatge, la cognició, la deglució i l'audició.	Alumnat amb necessitats específiques de suport educatiu (NESE) que presenten dificultats relacionades amb l'ús normatiu del llenguatge o amb la comunicació.	Prevenició, avaluació, diagnòstic i tractament de les dificultats de comunicació, llenguatge, parla, veu, audició i funcions orals no verbals. Col·laboració amb centres educatius, CDIAP, centres d'atenció socio sanitària, entre altres. Programació, planificació i tractament dels diferents trastorns del llenguatge i de la comunicació i dels trastorns orals no verbals. Assessorament a professionals de l'educació i la sanitat. Desenvolupar tasques d'investigació científica.	Intervenció educativa d'alumnat amb NESE. Fer les adaptacions metodològiques i curriculars juntament amb el tutor de l'aula. Assessorament al claustre. Entrevistes amb les famílies. Coordinació amb el departament psicopedagògic del centre. Col·laboració amb el procés d'avaluació psicopedagògica.

### 1.3. Intervenció multidimensional i unidimensional

El llenguatge pot dividir-se en diferents aspectes: **morfologia, sintaxi, lèxic, semàntica i pragmàtica**. Actualment, cadascun d'aquests aspectes pot avaluar-se individualment per mitjà de diferents proves quantitatives i qualitatives, la qual cosa ens permet determinar si hi ha o no afectació en algun d'aquests elements, així com també determinar en quin grau. Tradicionalment, la logopèdia s'ha basat molt en el model clínic d'intervenció, que se centrava en el dèficit, és a dir, en allò que la persona no podia fer. Des d'aquesta perspectiva, la intervenció era unidimensional i es focalitzava a rehabilitar o reeducar l'aspecte del llenguatge alterat sense tenir en compte allò preservat ni tampoc l'entorn de la persona. Així, per exemple, es podia posar el focus d'intervenció en el treball de rehabilitació de l'habilitat lingüística alterada sense tenir en compte altres aspectes que podien influir en aquesta habilitat, o el grau d'afectació que el trastorn implicava per a la qualitat de vida de la persona.

**Intervenció unidimensional:** tipus d'intervenció centrada exclusivament en la persona i que només té en compte el treball de la funció alterada, entenent-la de manera fragmentada.

Malgrat que es pugui establir una línia diferenciada sobre cada aspecte del llenguatge, els models d'intervenció actuals comencen a canviar el concepte tan restrictiu de la intervenció i entenen el llenguatge de manera global, com un tot, sobretot pel que fa a la intervenció. I és que una dimensió pot afectar l'altra, ja que quan la persona està en una situació comunicativa, les dimensions s'esdevenen simultàniament.

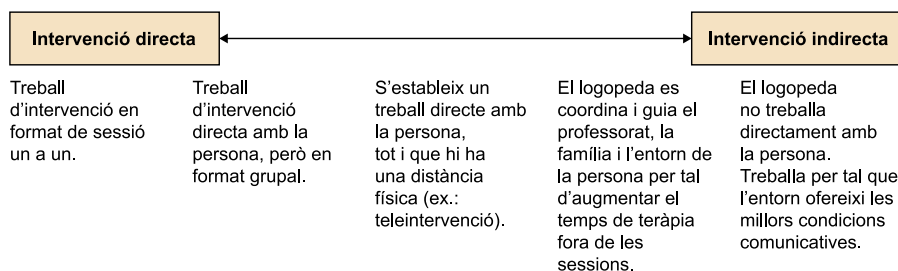
Tenint en compte aquesta afirmació, la intervenció logopèdica, tot i que segurament fonamentarà els objectius de treball en les dimensions més afectades segons l'avaluació, cal que tingui una mirada més holística i global, multidimensional.

**Intervenció multidimensional:** tipus d'intervenció que entén el trastorn o la dificultat com quelcom que no tan sols pot afectar des d'un punt de vista lingüístic o comunicatiu, sinó que també pot afectar en l'àmbit social, familiar, emocional, etc. Per tant, cal tenir en compte aquests altres aspectes per a dur a terme una intervenció eficaç.

#### 1.4. Intervenció directa i indirecta

Hi ha dos grans tipus d'intervenció logopèdica: la intervenció directa i la intervenció indirecta. Cummings (2018) estableix un contínuum de models d'intervenció basat en aquests dos grans models.

Figura 3.



Esquema basat en Cummings (2018) que mostra la relació entre el tipus d'intervenció directa-indirecta segons la pràctica que es dugui a terme.

El mateix Cummings estableix que la intervenció directa amb la persona és quelcom efectiu quan:

- Presenta un trastorn greu de comunicació que requereix fer una intervenció més intensiva.
- Necessita treballar determinats aspectes de manera repetitiva i concreta.
- Té dificultats greus vinculades a l'atenció, la concentració i la conducta, com ara inatenció, hiperactivitat i impulsivitat.

Aquesta intervenció directa també es pot dur a terme en petits grups de treball amb persones que presenten trastorns i necessitats comunicatives similars.

Cada vegada més, l'entorn i les persones que formen els contextos significatius de la persona que rep la intervenció són agents imprescindibles per a establir uns objectius de treball ajustats a les necessitats reals i garantir que aquests s'assoleixen de manera òptima.

#### Vegeu també

Vegeu l'apartat 1.1. «Intervenció logopèdica individual o en grups reduïts» per a saber-ne més.

Per tant, és imprescindible dur a terme un bon treball basat en els suports necessaris segons el context i a empoderar les persones significatives, sobretot la família i altres com els mestres o els professionals, els companys de feina, les amistats, entre altres.

**Vegeu també**

Vegeu l'apartat 1.2.1. «Intervenció basada en la família» per a saber-ne més.

### **1.5. Intervenció logopèdica i tecnologies de la informació i la comunicació (TIC)**

Actualment estem immersos en la societat de la informació, un escenari en el qual les noves tecnologies han irromput pràcticament en qualsevol context de la vida diària. Tot i que gairebé no hi ha proves que vinculin la logopèdia i les TIC, hi ha alguns camps on la tecnologia ha tingut un paper cabdal en la intervenció logopèdica. Per exemple, en el cas dels sistemes alternatius i augmentatius de la comunicació (SAAC), un mètode destinat a persones que a causa de diferents trastorns presenten dificultats greus de comunicació. Aquestes persones s'han arribat a comunicar gràcies als plafons de comunicació, i les TIC han estat clau en el desenvolupament, l'accessibilitat i l'adaptació d'aquest tipus de suport. En aquest sentit, l'aparició dels primers ordinadors amb programes que servien de comunicadors va significar un veritable canvi qualitatiu. Tal com indica Millet:

«Les noves tecnologies han estat una revolució en el camp de la logopèdia, i, molt especialment, en la paràlisi cerebral. El professional de la logopèdia ha de tenir en compte aquest àmbit en la seva intervenció, ja que en moltes ocasions és imprescindible.»

S. Millet (2005). Logopèdia i tecnologia. *Aloma*, 17.

Actualment, gràcies als ordinadors més avançats, a les tauletes i als telèfons mòbils s'ha facilitat encara més l'accés, l'ús, la portabilitat i la capacitat d'adaptar els plafons de comunicació en funció de l'evolució comunicativa de la persona.

Un altre avantatge important de les TIC és que són un suport educatiu i d'accés a la informació important per a l'alumnat amb trastorns de l'aprenentatge, amb lectors de textos o programes que escriuen mentre l'alumnat parla, un programari molt visual i intuïtiu amb poca lletra, una adaptació de la mida i del contrast de la imatge, entre moltes altres prestacions que faciliten l'aprenentatge. Les TIC són un element atractiu fàcil de manipular en diferents contextos per a les persones, especialment si són infants o adolescents, i és per això que es poden utilitzar per a treballar diferents finalitats comunicatives: demanda de l'objecte, escollir entre diferents opcions, treballar la formulació de frases o de vocabulari, etc.

També cal tenir en compte la creixent importància de les aplicacions per a tauletes. Hi ha algunes aplicacions per a treballar diferents trastorns vinculats a la intervenció logopèdica, com per exemple Dysegxia (Rello, Bayarri, i Gorriz, 2013), creada per a intervenir en persones amb dislèxia. Tot i que el nombre d'aplicacions exclusives per a treballar la intervenció logopèdica és escàs, sí que



n'hi ha una gran quantitat que, tot i no estar dissenyades expressament per a la logopèdia, poden ser molt útils perquè complementen molt bé la intervenció, ja que:

- Són atractives i la persona les relaciona amb quelcom lúdic.
- Es pot oferir molta varietat al llarg de les sessions.
- Moltes detecten el nivell de l'usuari i modifiquen els exercicis segons els resultats.
- Una mateixa aplicació pot programar-se per nivells i utilitzar-se per a persones amb trastorns de diferent grau o d'edats molt diverses.
- Tenen un preu molt assequible, o fins i tot són gratuïtes.
- Poden ser una bona eina per a treballar a casa.
- Es poden fer servir com a recompensa si s'ha treballat bé, o per a fer una pausa durant la sessió.

En qualsevol cas, cal tenir present que el treball amb les TIC dins de la intervenció logopèdica s'ha de planificar sobre la base de les necessitats i dels objectius d'intervenció per a la persona atesa.

### 1.6. La teleintervenció o intervenció a distància

La teleintervenció o intervenció a distància és una disciplina que ha evolucionat de l'aplicació de les tecnologies de la informació i la comunicació (TIC) al camp de la salut. En l'àmbit de la medicina s'han utilitzat nombrosos termes, com per exemple *telemedicina*, *teleatenció*, *e-salut*, *informàtica mèdica*, *teleassistència mèdica* o *sanitària*, o *medicina a distància*, una varietat que reflecteix la progressió dinàmica d'aquest camp.

Dins del marc professional de la logopèdia, l'American Speech-Language-Hearing-Association (ASHA) dona suport a la teleintervenció des de l'any 2005. La ASHA va adoptar el terme *telepràctica* (en anglès, *telepractice*) en lloc dels termes utilitzats freqüentment (*telemedicina* o *telesalut*) per evitar la percepció errònia segons la qual aquests serveis es fan servir només en entorns d'atenció mèdica. També utilitzen altres termes com ara *teleaudiologia*, *teleparla* (en anglès, *telespeech*) i *telelogopèdia* (en anglès, *telespeech therapy*), a més de *telepràctica*. Els serveis prestats per audiòlegs i logopedes s'inclouen en el terme genèric més ampli de *telerehabilitació*. D'altra banda, l'ASHA utilitza els termes *telesupervisió* o *supervisió a distància* i *educació a distància* (en anglès, *telesupervision* o *distance supervision* i *distance education*, respectivament) per a serveis de supervisió i assessoria, previs al servei o a l'educació contínua. En aquest text utilitzem el terme **teleintervenció** per al camp de la logopèdia perquè s'adequa als diferents contextos d'intervenció del logopeda (contextos sanitari, educatiu, sociosanitari i socioeducatiu).

La teleintervenció comporta l'ús de serveis síncrons i asíncrons de la interacció entre el terapeuta i el client. Els serveis síncrons permeten una interacció amb el client en temps real mitjançant àudio i vídeo per generar una

sensació de trobada en un mateix lloc físic. Els serveis asíncrons permeten l'enviament i l'emmagatzematge d'imatges, àudios, vídeos i dades perquè els professionals i els clients els analitzin. Alguns exemples de serveis asíncrons són l'enregistrament de vídeos en un entorn natural per comentar-los posteriorment, l'enregistrament de les sessions en directe o l'enviament d'informació en format digital per a la realització d'exercicis. El centre d'atenció de la intervenció pot trobar-se en el pacient, el familiar o en la coordinació amb un altre professional.

Els usos principals de la teleintervenció en logopèdia són els següents:

- Proporcionar serveis a pacients remots: diagnòstic, exploració, tractament, seguiment, monitoratge, col·laboració entre professionals, educació, etc.
- Gestionar processos relacionats amb la intervenció: gestió de cites, etc.
- Facilitar l'intercanvi d'informació entre altres especialistes: elaboració de protocols, sessions clíniques, segona opinió, etc.
- Transferir dades clíniques: compartir històries clíniques, firma de consentiments informats, omplir formularis, etc.

Segons un estudi de revisió, les categories principals d'intervenció utilitzades en teleintervenció per oferir suport a familiars són les següents (Chi i Demir, 2015):

- Educació.
- Consulta (inclou des del suport a la presa de decisions).
- Teràpia conductual psicossocial o cognitiva (inclou entrenament per a la resolució de problemes).
- Suport social.
- Recollida de dades i monitoratge.
- Enviament de material de cura.

L'ús estès de les TIC fa que la teleintervenció sigui d'utilitat en qualsevol context. No obstant això, cal tenir en compte que és especialment indicada en escenaris com, per exemple, la intervenció en el domicili, la intervenció en zones rurals o la intervenció naturalista. La intervenció en el domicili és un dels contextos d'aplicació de la teleintervenció més importants actualment, sobretot en el cas de pacients amb mobilitat reduïda o pacients crònics. També és especialment necessària per als professionals la intervenció en escoles o en centres de treball. Boisvert i Hall (2019) van demostrar que l'ús mixt de la intervenció presencial i la teleintervenció amb logopedes que treballen en contextos escolars és un mètode efectiu que permet reduir el temps de transport físic i augmentar l'eficàcia de la programació de les sessions. La intervenció en zones rurals o llunyanes, al seu torn, va ser una de les primeres aplicacions de la teleintervenció, i encara és una de les més destacades, sobretot perquè

redueix costos i suposa un estalvi del transport. Per últim, la intervenció en un entorn naturalista a distància permet accedir a l'entorn de comunicació natural del client sense la necessitat que el terapeuta es desplaci. Pot resultar especialment interessant en el seu ús asíncron, amb l'enregistrament d'àudio i vídeo per avaluar i analitzar juntament amb el pacient els usos comunicatius, lingüístics o deglutoris en el seu context habitual.

Els requisits tecnològics i les seves limitacions s'han de planificar amb antelació. Els suports tecnològics utilitzats en la majoria de les intervencions logopèdiques mitjançant teleintervenció són l'ordinador, la càmera web, els auriculars amb micròfon i la connexió a internet (Keck i Doarn, 2014). L'ús de càmera audiovisual, gravadora d'àudio i programes per editar les gravacions (retallar parts del fitxer) pot ser necessari en el cas de la intervenció asíncrona.

La teleintervenció pot tenir algunes limitacions tecnològiques, com ara la necessitat de tenir tecnologies avançades, l'existència de fallades de comunicació en la videoconferència o la baixa qualitat de l'enregistrament d'àudio o vídeo. Poden ser resoltes, però, a través de la realització de proves breus de connexió, enregistrament o intercanvi de dades per valorar les competències TIC del client o a partir de l'ús de tecnologia asíncrona per resoldre les dificultats de les connexions en temps real per evitar interferències d'àudio i vídeo en una videoconferència (Keck i Doarn, 2014).

Un altre tipus de limitacions poden ser de caire humà i social: per exemple, la necessitat de protegir la privacitat, seguretat, integritat i confidencialitat de la informació electrònica, que pot ser resolta assegurant que la informació només serà compartida amb les persones autoritzades en compliment de la legalitat vigent. Altres tipus de limitacions poden ser la inexperiència de les persones usuàries en el maneig de les TIC o l'accés limitat a aquestes per motius econòmics i de disponibilitat. Per tal de resoldre aquestes limitacions, es poder realitzar tutorials per a l'ús de les TIC, realitzar plans de formació per ajudar a superar les port inicials que es puguin tenir, entre d'altres mesures.

L'eficàcia de la teleintervenció en el camp de la logopèdia s'ha demostrat en diferents tipus de teràpia, com ara en el cas de la teràpia centrada en la família (vegeu McCarthy, Leigh i Arthur-Kelly, 2019, per a un estudi de persones amb dèficit auditiu) i en la intervenció directa en pacients (vegeu Sutherland, Trembath i Roberts, 2018, per a un estudi de persones amb autisme). En un altre estudi d'intervenció del càncer de cap i de coll (Ward, Wall, Burns, Cartmill i Hill, 2017), pacients i terapeutes van expressar la seva satisfacció davant de l'ús de la teleintervenció. Les proves de l'estudi mostren que la teleintervenció pot millorar tant l'accés del pacient a la intervenció com els resultats i l'eficiència del servei. Tot i que encara falten proves per saber si la teleintervenció en logopèdia és una alternativa o una teràpia complementària a la teràpia presencial, la seva eficàcia s'ha demostrat en diferents poblacions objecte de la intervenció (persona amb diagnòstic, familiar) i en diferents àrees de la

intervenció de la logopèdia (audició, comunicació, deglució). A més, la teleintervenció és especialment adequada per als escenaris específics d'intervenció que s'han descrit.

## 2. Models, teories i corrents d'intervenció

La logopèdia és una disciplina que sempre ha anat lligada estretament a la foniatria, l'otorrinolaringologia, la neurologia i la psicologia, entre altres. Aquesta vinculació no tan sols es produeix en l'estudi dels diferents trastorns del llenguatge i de les funcions orals no verbals, sinó també a l'hora d'intervenir. És per aquest motiu que la logopèdia utilitza diferents models d'intervenció que provenen de diversos corrents i teories de l'àmbit de la psicologia. L'ús d'un model o d'un altre dependrà del tipus d'enfocament que el professional tingui i del tipus d'intervenció que calgui dur a terme segons la necessitat de la persona atesa.

Hi ha, doncs, diferents models, alguns emprats des dels inicis de la logopèdia i d'altres que han aparegut al llarg dels últims anys a partir de teories i de models més actuals.

La taula que es mostra a continuació repassa les característiques principals dels diferents models i les teories d'intervenció vinculades a la pràctica logopèdica (Paul, 1995).

Tipus	Característiques principals
<b>Model clínic</b>	<p>Enfoca les diferents dificultats del llenguatge des d'una perspectiva orgànica, basant-se en les causes de la dificultat.</p> <p>Les dificultats del llenguatge que no responen a una etiologia clara o totalment definida no es poden ubicar mitjançant aquest model.</p> <p>Aquest model se centra molt en el dèficit, és a dir, en allò en què la persona mostra dificultats i/o no pot fer.</p> <p>Aquest model va ser molt emprat en els inicis de la intervenció logopèdica; actualment, tot i que es té molt en compte el trastorn i el grau d'afectació de la funció, també es dona molta importància a altres aspectes vinculats a les fortaleses de la persona, el context, els suports, entre altres.</p>
<b>Model conductual</b>	<p>Es caracteritza per comparar les dificultats de la comunicació de la persona amb el desenvolupament normatiu que li correspondria.</p> <p>D'aquesta manera s'estableix un pla d'intervenció logopèdica que té com a objectiu obtenir les habilitats comunicatives més similars a allò que correspon segons la psicolingüística evolutiva.</p> <p>Un dels màxims representants d'aquest model és Skinner.</p> <p>El model conductual dins la logopèdia és emprat per a la millora de la intenció comunicativa, el manteniment del torn de la conversa, les habilitats d'iniciació de la comunicació, la realització de demandes, entre altres. S'empra principalment, per tant, per treballar aspectes inicials de la comunicació ja que es basa en reforçar aquelles conductes que es consideren desitjables a través del que el model anomena <i>condicionament operant</i>. Existeixen alguns programes com el mètode PECS (Pictures exchange communication system) amb una estructura de treball molt pautada, que, si bé no corresponen a un model conductual pur, dins el programa d'intervenció inclou molts moments basats en aspectes provinents del model conductual com el fet de condicionar la resposta a un estímul.</p>

Tipus	Característiques principals
<p><b>Model cognitiu</b></p>	<p>Es basa en les teories evolutives i de l'educació de Piaget. Aquest autor va establir una relació entre l'edat cronològica de l'infant i el desenvolupament i aprenentatge de les diferents funcions psicològiques superiors, entre les quals hi ha el llenguatge.</p> <p>Aquest model dona molta importància a la interacció que l'infant té amb l'entorn, ja que a partir del qual es duu a terme el seu desenvolupament a través de processos que anomena d'<i>assimilació i acomodació</i>. Per tant, si l'infant no té contacte amb el món, no pot aprendre.</p> <p>Piaget estableix un conjunt de períodes emmarcats dins diferents franges d'edat en els quals l'infant és capaç de dur a terme un conjunt d'aprenentatges concrets.</p> <p>Per tant, si emmarquem la intervenció logopèdica dins el model cognitiu, és aplicable, principalment, a infants amb els quals caldrà tenir en compte el moment evolutiu en el qual es troben (potser l'edat cronològica no es correspon amb l'edat evolutiva). A més a més, si es duu a terme una intervenció logopèdica basada en el model cognitiu, també caldrà tenir molt en compte la interacció com a base del desenvolupament i aprenentatge del llenguatge.</p> <p>Aquest model, juntament amb el socioconstructivisme, són corrents molt emprats actualment en la majoria de teories vinculades al sistema educatiu actual; per tant, aquest model segurament s'emmarcarà amb l'enfocament teòric que es duu a terme al centre educatiu on assisteixi l'infant.</p>
<p><b>Model sociocultural</b></p>	<p>Aquest model té com a autor principal a Lev Semiónovich Vygotski. Estableix que el llenguatge és una funció psicològica superior que es desenvolupa a través de la interacció de l'individu amb la societat que l'envolta. Quan l'infant té contacte amb l'entorn a través de la socialització, es produeix el que ell anomena <i>mediació semiòtica</i>, la qual permet integrar en ell mateix allò que està a l'entorn.</p> <p>Un aspecte important a tenir en compte en la intervenció logopèdica sobre la teoria sociocultural és el concepte de zona de desenvolupament proper (ZDP): la persona pot trobar-se en el que Vygotsky anomena <i>zona de desenvolupament real</i>, respecte al llenguatge o la comunicació, és a dir, el nivell en què es troba la persona. Segons el model, la tasca del logopeda és detectar aquesta zona i propiciar un conjunt de recursos i eines (zona de desenvolupament proper) que facilitin l'assoliment de l'anomenada <i>zona de desenvolupament potencial</i>, basada en els objectius proposats, és a dir, on es pretén que arribi la persona.</p> <p>La següent infografia explica aquest concepte:</p> <div data-bbox="855 1344 1377 1424" style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> </div> <p>Un altre aspecte important que aporta aquesta teoria és la vinculada amb el pensament i el llenguatge. Per a Vygotsky, el llenguatge és el vehicle del pensament, el facilitador del desenvolupament del pensament i la raó. Per tant, tenint en compte aquesta perspectiva, des de la intervenció logopèdica és molt important el treball del llenguatge oral així com assegurar l'aprenentatge de les bases que el configuren per tal de garantir un bon accés a l'aprenentatge. Un exemple d'aquest fet és la dificultat en la que es troben moltes de les persones amb TEL/TDL (trastorn específic del llenguatge/trastorn del desenvolupament del llenguatge), les quals tenen dificultats significatives vinculades a l'aprenentatge.</p>
<p><b>Model innatista</b></p>	<p>Aquest model fou creat pel famós lingüista Noam Chomsky, a través del que ell anomena la <i>Teoria de la gramàtica universal</i>. Aquesta teoria defensa la capacitat innata que té l'ésser humà per adquirir el llenguatge gràcies a les habilitats que tots tenen per identificar i assimilar les estructures bàsiques del llenguatge.</p> <p>Una de les aportacions més importants d'aquesta teoria és l'existència d'un «període crític del llenguatge», en el qual els humans tenen molta més facilitat per adquirir-lo gràcies a la plasticitat neuronal.</p> <p>A nivell d'intervenció logopèdica, el model aportat per Chomsky es té molt en compte, sobretot a nivell de les aportacions vinculades a la plasticitat neuronal i al període crític del llenguatge.</p>

Tipus	Característiques principals
<b>Model basat en l'aprenentatge verbal significatiu</b>	El màxim referent d'aquest model és David Paul Ausubel. Aquest autor postula que l'aprenentatge es durà a terme si és quelcom significatiu per a la persona; per tant, si manca aquest sentit i significat, no es produirà. També afirma que aquests aprenentatges inicials seran l'enllaç i la base per tal que la persona pugui fer aprenentatges posteriors. A nivell d'aplicació del model a la intervenció logopèdica, cal tenir en compte que les tasques que es duen a terme tinguin sentit i significat per a la persona que rep la intervenció, per tal que pugui integrar els diferents aprenentatges vinculats al llenguatge que faci al llarg de les sessions de cara a assolir els objectius d'intervenció proposats.
<b>Model naturalista</b>	En aquest model, el logopeda reajusta, adapta i modifica l'entorn per tal d'afavorir l'estimulació, l'aprenentatge i el desenvolupament del llenguatge en les diferents situacions comunicatives quotidianes. Per a fer-ho, selecciona determinades tasques que faciliten la interacció comunicativa de manera més fluïda i interactiva per mitjà de les necessitats i dels interessos de la persona que rep la intervenció.
<b>Model lingüístic</b>	La intervenció es duu a terme des d'un enfocament exclusivament psicolingüístic. El logopeda pot adoptar un enfocament funcional en el qual dona més importància a tots els processos vinculats a l'ús del llenguatge. No obstant això, també pot adquirir un enfocament més formal, en què prioritza totes les qüestions relacionades amb la forma i el contingut del llenguatge. Cal esmentar que, evidentment, també pot escollir una via més integradora en la qual planteja objectius vinculats tant a l'ús com a la forma i al contingut del llenguatge.

És molt probable que en fer la lectura dels diversos models es faci la reflexió que en una mateixa pràctica logopèdica s'empren eines de diferents enfocaments. Això és quelcom usual i quotidià en la majoria de logopedes, ja que **sovint la tendència recau a aplicar models híbrids que incloquin eines i recursos de diferents models per tal d'oferir una atenció de qualitat ajustada a la persona** i a les seves necessitats i potencialitats. Per aquest motiu és important conèixer-los tots.





## Bibliografia

- Ausubel, D. P. (1976). *Psicología educativa. Un punto de vista cognoscitivo* (1a. ed.). Méjico: Trillas.
- Ausubel, D. P. (2002). *Adquisición y retención del conocimiento. Una perspectiva cognitiva* (1a. ed.). Barcelona: Paidós.
- Boisvert, M. K. i Hall, N. (2019). Telepractice for School-Based Speech and Language Services: A Workload Management Strategy. *Perspectives of the ASHA Special Interest Groups*, 4 (1), 211-216.
- Booth, T. i Ainscow, M. (2002). *Guía para la evaluación y mejora de la educación inclusiva*. Madrid: Consorcio Universitario para la Educación Inclusiva.
- Brofenbrenner, U. (1979). *The Ecology of Human Development: Experiments by Nature and Design* (1a. ed.). Massachusetts: Harvard University Press.
- Bruner, J. (1977). *The Process of Education: a Landmark in Educational Theory* (1a. ed.). Massachusetts: Harvard University Press.
- Chi, N. C. i Demiris, G. (2015). A systematic review of telehealth tools and interventions to support family caregivers. *Journal of telemedicine and telecare*, 21 (1), 37-44.
- Cummings, L. (2018). *Speech and Language Therapy: A Primer*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Departament d'Ensenyament (2015). *De l'escola inclusiva al sistema inclusiu: una escola per a tothom, un projecte per a cadascú*. Recuperat a: <http://ensenyament.gencat.cat/web/.content/home/departament/publicacions/colleccions/inclusio/escola-inclusiva.pdf>.
- Ebbels, S. H., McCartney, E., Slonims, V., Dockrell, J. E., i Norbury, C. F. (2019). Evidence-based pathways to intervention for children with language disorders. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 54 (1), 3-19.
- Escorcía, C., García, F., Orcajada, N., i Sánchez, M. (2016). Perspectiva de las prácticas de atención temprana centradas en la familia desde la logopedia. *Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología*, 36, 170-177.
- Garriga, E. i Sánchez, D. (2005). Logopèdia i educació. *Aloma*, 17. Recuperat a: <https://www.raco.cat/index.php/Aloma/article/view/99443/154441>.
- Instituto Nacional de Salud (INSALUD) (2000). *Plan de Telemedicina del INSALUD*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Keck, C. S. i Doarn, C. R. (2014). Telehealth technology applications in speech-language pathology. *Telemedicine and e-Health*, 20 (7), 653-659.
- McCarthy, M., Leigh, G., i Arthur-Kelly, M. (2019). Telepractice delivery of family-centred early intervention for children who are deaf or hard of hearing: A scoping review. *Journal of telemedicine and telecare*, 25 (4), 249-260.
- McWilliam, R. (2012). Metanoia en Atención Temprana: Transformación a un Enfoque Centrado en la Familia. *Revista Latinoamericana de Educación Inclusiva*, 10 (1), 133-153.
- Millet, S. (2005). Logopèdia i tecnologia. *Aloma*, 17.
- Organització Mundial de la Salut (OMS) (1997). *A Health Telematics Policy*. Genève: WHO-Group Consultation on Health Telematics.
- Paul, R. (1995). *Language disorders from infancy through adolescence: Assessment & intervention*. Saint Louis: Mosby.
- Rello, L., Bayarri, C., i Gorrioz, A. (2013). Dysegxia. Recuperat a: <http://www.dysegxia.com/>.
- Sutherland, R., Trembath, D., i Roberts, J. (2018). Telehealth and autism: A systematic search and review of the literature. *International Journal of Speech-language Pathology*, 20 (3), 324-336.
- Turnbull, A. i Turnbull, R. (2001). *Families, professionals and exceptionality: collaborating for empowerment* (7a. ed.). London: Pearson.

Turnbull, A., Turnbull, R., i Kyzar, K. (2009). Family-Professional Partnerships as Catalysts for Successful Inclusion: A United States of America Perspective. *Revista de educación*, 349. Recuperat a: [http://www.revistaeducacion.educacion.es/re349/re349\\_04ing.pdf](http://www.revistaeducacion.educacion.es/re349/re349_04ing.pdf).

Vygotsky, L. S. (1978). *El desarrollo de los procesos psicológicos superiores*. Barcelona: Grijalbo.

Ward, E. C., Wall, L. R., Burns, C. L., Cartmill, B., i Hill, A. J. (2017). Application of telepractice for head and neck cancer management: a review of speech language pathology service models. *Current Opinion in Otolaryngology & Head and Neck Surgery*, 25 (3), 169-174.