
Planificació de la intervenció logopèdica

PID_00272195

Alberto Sánchez Pedroche
Cristina Mumbardó Adam

Temps mínim de dedicació recomanat: 2 hores




Alberto Sánchez Pedroche

És mestre especialitzat en educació especial, llicenciat en Psicopedagogia per la Universitat de Barcelona i diplomat en Logopèdia per la Universitat Autònoma de Barcelona. Va cursar el màster oficial interuniversitari en Educació inclusiva de la Universitat dels Illes Balears i el màster oficial en dificultats d'aprenentatge i trastorns de l' llenguatge de la Universitat Oberta de Catalunya. Actualment és investigador predoctoral en el programa d'educació de la Universitat dels Illes Balears i col·labora amb el grup Investigació, Desenvolupament, Educació i Llenguatge (I + DEL) de l'Institut de Recerca i Innovació Educativa (IRIE). És professor associat a la mateixa universitat de el Departament de Pedagogia Aplicada i Psicologia de l'Educació. També és professor col·laborador del grau de Logopèdia de la UOC i director pedagògic de l'escola Mare de Déu de les Neus (Sant Jordi de ses Salines, Eivissa).


Cristina Mumbardó Adam

Doctora en Psicologia. Actualment exerceix la seva tasca docent en estudis de grau i màster en diferents universitats (Universitat Oberta de Catalunya, Universitat de Barcelona i Universitat Ramon LLull). El seu àmbit d'investigació se centra en l'avaluació i la millora de la qualitat de vida d'infants i adolescents amb discapacitat intel·lectual i/o del desenvolupament, i amb trastorn de l'espectre autista (TEA) en els seus diferents contextos vitals. També és col·laboradora de l'Institut Diagnòstic d'Atenció Psiquiàtrica i Psicològica (IDAPP), on atén a infants i adolescents amb trastorn de l'espectre autista i a les seves famílies.

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

Primera edició: febrer 2020
 © Alberto Sánchez Pedroche, Cristina Mumbardó Adam
 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

Introducció	5
1. Estructura del procés d'intervenció	7
1.1. Fase I. Avaluació inicial	7
1.2. Fase II. Planificació i tractament logopèdic	9
1.3. Fase III. Seguiment i avaluació de la pràctica	10
2. Elements a tenir en compte per a la planificació de la intervenció	13
2.1. Població objectiu	13
2.2. Formulació d'objectius	15
2.3. Agents d'intervenció	18
2.4. Organització de les activitats, la temporalització, l'espai i les estratègies	20
3. Exemple de planificació de la intervenció	24
Resum	28
Bibliografia	29

Introducció

L'obtenció d'una resposta eficaç a les dificultats de la comunicació i del llenguatge és una de les principals fites de qualsevol professional de la logopèdia la qual s'aconsegueix mitjançant una pràctica basada en una avaluació de les dificultats i de les necessitats inicial i contínua que guiï els objectius i el pla d'intervenció. A continuació es presenten els aspectes bàsics a tenir en compte en el disseny i la planificació d'una intervenció logopèdica.

1. Estructura del procés d'intervenció

Abans de treballar l'estructura de la intervenció és imprescindible que el logopeda conegui el procediment d'avaluació logopèdica inicial, ja que així podrà ubicar en quina fase està la intervenció i, posteriorment, tindrà l'oportunitat de relacionar els processos de cada fase.

El procés d'avaluació logopèdica pot variar en funció de diferents variables, com ara l'àmbit i el context de treball, els instruments i, fins i tot, la pròpia metodologia. No obstant això, aquest procés està format majoritàriament per les fases que descrivim a continuació.

1.1. Fase I. Avaluació inicial

1) Elaboració del perfil inicial

Es porta a terme una avaluació inicial amb l'objectiu de conèixer les dificultats i les necessitats comunicatives de la persona que necessita intervenció. Això inclou explorar el seu perfil comunicatiu, de llenguatge, parla, veu, deglució i les seves funcions orals no verbals.

Per tant, en aquesta fase cal plantejar els següents objectius:

- Identificar les condicions bàsiques i personals del pacient.
- Recopilar informació sobre el seu desenvolupament i el perfil comunicatiu, de llenguatge, parla, veu, deglució i les seves funcions orals no verbals en els diferents àmbits, incloent-hi el familiar, l'escolar o laboral i el social.
- Extreure i sintetitzar informació de la història clínica, incloent els diferents abordatges logopèdics realitzats fins aleshores (si n'hi ha hagut).
- Aplicar diferents instruments de recollida d'informació, com ara l'entrevista, les pautes d'observació sistemàtiques, els qüestionaris i les llistes de revisió, entre altres (Shipley i McAfee, 2009).
- Analitzar la informació extreta amb l'objectiu de plantejar una hipòtesi diagnòstica clínica (Haynes, Pindzola, i Emerick, 2008) i establir de manera prioritzada els objectius d'intervenció i el seu desenvolupament en un pla d'intervenció que permeti una intervenció sistematitzada i individualitzada.

Per recollir les dades d'interès durant l'avaluació, el logopeda pot usar diferents instruments, entre els quals destaquem l'**entrevista**, en la qual es donen dos tipus d'actuacions. D'una banda, la persona que realitza l'entrevista pretén aconseguir informació formulant diferents tipus de preguntes per avaluar, a continuació, les dades obtingudes i, finalment, seleccionar les que puguin resultar d'utilitat o que estiguin relacionades amb una possible hipòtesi diagnòstica. Es recomana enregistrar i guardar tota la informació i les dades de tot tipus per a una possible actualització del perfil. També es recomana recollir informació de manera qualitativa, com ara l'actitud de la persona a qui s'entrevista i els diferents factors motivacionals i de comunicació, tant verbal com no verbal. Aquesta valoració s'haurà de contrastar posteriorment amb la resta de proves objectives que s'exposen en la segona part d'aquesta fase.

D'altra banda, la persona entrevistada respon a les qüestions que se li plantejen adoptant diferents tàctiques; pot respondre amb sinceritat, però també té l'alternativa d'amagar informació o de contestar pel defecte de desitjabilitat social, és a dir, aportar la informació que se n'espera. Així doncs, l'entrevista és un instrument amb el qual també podem aprofundir en les idees i en les creences de la persona a la qual es demana informació.

Un altre instrument a tenir en compte són les **escales d'observació** i altres qüestionaris que s'hagin validat prèviament. Aquest mètode pot presentar un format de respostes tipus escala de Likert o resposta oberta o dicotòmica, entre d'altres. Les escales d'observació són molt utilitzades dins de l'àmbit clínic i permeten al professional disposar de la informació de manera ràpida i efectiva. A més, resulten de gran utilitat quan l'avaluació requereix dades descriptives, ja que els pacients i la resta de participants proporcionen informació a partir de la seva experiència.

2) Avaluació de les àrees de comunicació, llenguatge i funcions no verbals

En aquesta fase el logopeda es proposa valorar els nivells d'adquisició de capacitats en les diferents àrees de la comunicació, el llenguatge, la veu, la parla i les funcions no verbals. Així, s'aplicaran diferents proves projectives i, sobretot, estandarditzades. En funció de la hipòtesi diagnòstica detectada amb anterioritat serà essencial seguir el protocol específic de cada trastorn estudiat.

Tampoc podem descartar la derivació a un servei extern, si s'escau. De vegades hem de realitzar un treball interdisciplinari amb altres professionals de l'educació, com ara equips de mestres i de psicopedagogs, i de la sanitat, com ara professionals de l'àmbit de la pediatria, la neurologia, l'otorrinolaringologia o l'oncologia, els dentistes o altres facultatius especialitzats .

1.2. Fase II. Planificació i tractament logopèdic

En aquesta fase es proposa, planifica i confecciona una intervenció logopèdica directa per part del professional i s'estableix un cronograma determinat. És imprescindible revisar aquest tractament realitzant avaluacions al llarg del procés d'intervenció quan sigui necessari, i continuar amb el treball interdisciplinari entre els agents implicats, com la família i altres professionals. Per tal de planificar l'abordatge de la intervenció, cal formular les preguntes següents (adaptat de Law, McKean, Murphy, i Thordardottir, 2019):

- Quin és el perfil de comunicació i el diagnòstic de la persona a qui hem d'atendre?
- Quins són els objectius que ens plantegem per a la intervenció?
 - Pronòstic.
 - Resultats esperats a llarg termini.
 - Resultats esperats a curt termini (pla de sessió).
- Quins enfocaments terapèutics cal utilitzar?
 - Quins agents hi intervindran? Amb quins professionals caldria treballar conjuntament tenint en compte les necessitats del pacient?
 - Dosificació (durada i freqüència de les sessions).
 - Tipus d'intervenció (per exemple, grupal o individual).
 - Ubicació (on s'hauria de dur a terme la intervenció: en context natural, en context terapèutic, etc.?).
- Com es treballarà la generalització?
- Com es valorarà l'eficàcia de la intervenció, tant al llarg del procés com al final?
- Quines opcions de seguiment tindria disponibles el pacient?

Com es pot veure, abans de l'inici de la intervenció, el logopeda ha d'anticipar i planificar de quina manera es farà el seguiment de la intervenció i de quina manera s'avaluarà la seva eficàcia. En efecte, caldrà tenir en compte de quina manera es recolliran les dades al llarg de la intervenció perquè permetin justificar que s'obtenen els resultats esperats o, al contrari, guiar el procés de presa de decisions en relació amb els canvis d'estratègies o els ajustos d'objectius que condueixin a una millora de les necessitats de la persona. Un altre dels punts destacats de les preguntes anteriors està relacionat amb la durada, la freqüència i el context d'intervenció. Aquests components de la intervenció són tant o més importants que l'enfocament i les estratègies d'abordatge, ja que poden influir en gran mesura en el desenvolupament de la intervenció. En aquest sentit, el logopeda ha d'ajustar la freqüència i la durada del tractament a les dificultats de la persona que rep la intervenció per evitar tractaments massa llargs o massa curts i les frustracions associades. De la mateixa manera, pot ser que algunes dificultats reportades pels pacients o les seves famílies només es donin o s'agreugin en determinats contextos i, per això, el logopeda haurà de valorar la intervenció en col·laboració o presencialment en el context de

desenvolupament de la persona. Finalment, quan no es tingui l'oportunitat de treballar en context natural, caldrà planificar específicament com es durà a terme la generalització dels aprenentatges cap al context natural de la persona, ja sigui en col·laboració amb els agents naturals d'aquests contextos, en el cas de nens i nenes (mestres, familiars, etc.), o elaborant i planificant estratègies de generalització i de manteniment amb els pacients en etapa adulta que siguin sostenibles en els seus contextos i amb la seva manera de viure.

D'altra banda, en tota intervenció logopèdica s'han d'avaluar, segons les dificultats i les hipòtesis diagnòstiques, els següents aspectes:

- Bases anatòmiques i funcionals de l'aparell fonoartulatori: veu, respiració, audició, sistema estomatognàtic i bucofonador.
- Forma del llenguatge: aspectes fonològics, fonètics i morfosintàctics.
- Contingut del llenguatge: característiques semàntiques.
- Ús del llenguatge: funcions pragmàtiques.
- Altres processos del llenguatge: competències relacionades amb la comprensió i l'expressió, tant oral com escrita, comunicació no verbal i sistemes alternatius i augmentatius de la comunicació humana.

1.3. Fase III. Seguiment i avaluació de la pràctica

Per arribar a un èxit complet de la intervenció logopèdica cal avaluar el seu desenvolupament. És important dur a terme un seguiment sistematitzat i basat en proves empíriques mitjançant la recollida de dades durant la intervenció, ja que aquest procés és el que permetrà al professional justificar el seu treball i conèixer els avenços del pacient. A més, aquest procés és una gran ajuda per al professional, ja que li permet registrar l'evolució de la persona que atén i prendre les mesures necessàries en cas que aquesta evolució no segueixi el curs esperat. La recollida d'informació es pot fer mitjançant diferents instruments.

1) **Observació.** Forma part d'una avaluació informal i és una tècnica essencial per controlar tant la pràctica professional del logopeda com d'altres agents implicats. Es recomana que sigui sistemàtica i mínimament duradora per contrastar diverses actuacions o situacions. A l'hora de realitzar una observació sovint podem plantejar les qüestions següents.

Què cal observar?	Com?	Quan?
Totes les tasques que impliquin un procés de comunicació i de llenguatge, incloent les converses i les aportacions que realitzin la resta dels participants.	Es recomana enregistrar la sessió, sempre que s'obtinguin els permisos necessaris i es respectin les condicions de la llei de protecció de dades vigent en el context on s'aplica l'observació. També serà necessari tenir un registre per anotar-hi tota la informació. Es recomana realitzar la majoria de les anotacions després de l'observació, tot revisant els enregistraments.	Abans de l'observació es recomana parlar amb l'equip de professionals que participaran a la sessió i amb la resta dels agents responsables del pacient, com, per exemple, la família. Cal explicar els objectius plantejats en l'observació i estar disponibles per a resoldre qualsevol tipus de dubte i inquietud. Durant l'observació l'examinador de la pràctica del logopeda no intervé, se situa en un lloc on no molesti al pacient ni als altres participants (si es dona el cas). Així podrà enregistrar totes les accions sense inconvenients. Després de l'observació s'ofereixen unes primeres impressions a l'interessat, tot i que és important remarcar que l'avaluació de la pràctica finalitzarà en el moment en què s'apliquin la resta de les tècniques.

2) **Recollida de mostres del llenguatge.** Es tracta d'una tècnica d'avaluació més formal en què podem analitzar tots els processos lingüístics de la persona els quals hem intentat rehabilitar mitjançant la teràpia.

Alguns dels registres més utilitzats i coneguts en el nostre context són els següents:

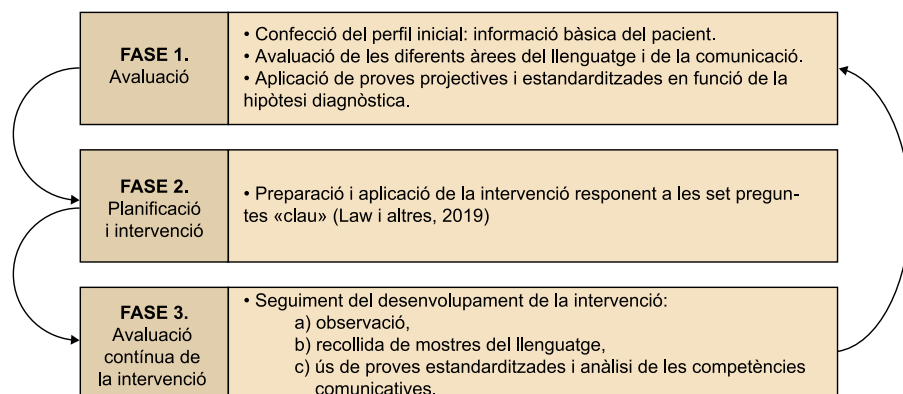
Tipus de registre (referència bibliogràfica)	Aspectes que avalua
Denver Developmental Screening Test-II (Frankenburg, Dodds, i Archers, 1990)	Avalua quatre àrees de desenvolupament: personal-social, motor-adaptatiu fi, del llenguatge i motor gruixut. Destinat a nens d'entre 0 i 75 mesos.
Registre fonològic induït (Juárez i Monfort, 1996)	Principalment es valora la capacitat articulatòria dels fonemes. També es valora la capacitat de denominació i l'expressió oral. Destinat a infants en la primera infància.
The Portage Guide (Bluma, Shearer, Frohman, i Hiliand, 1995)	Planteja els diferents objectius que ha de complir un infant (0-6 anys) en totes les àrees de desenvolupament, incloses les del llenguatge i la comunicació.
Treatment Resource Instruccions for Speech Language Pathology (McCauley, Fey, i Gilham, 2006)	Aquest manual, especialment en els primers capítols, inclou nombrosos apèndixs amb registres d'avaluació del llenguatge.

3) Treball col·laboratiu. Íntimament relacionat amb l'avaluació dinàmica¹, combina l'ús de les proves estandarditzades i s'analitzen les diferents competències comunicatives de la persona a qui s'atén. És a dir, permet afirmar que incloem la intervenció dins de l'avaluació. D'aquesta manera es connecta l'avaluació de la persona amb el seu context de desenvolupament i se li pot oferir un retorn i potenciar la rehabilitació.

⁽¹⁾Les mesures d'avaluació dinàmica inclouen el seguiment del treball i la millora de la intervenció, en lloc de prendre una única mesura en un moment determinat del temps (Peña, Iglesias i Lidz, 2001).

Sigui quin sigui el mètode de recollida de dades triat, cal destacar la importància d'avaluar el procés d'intervenció amb una determinada freqüència que el logopeda ha d'establir a l'inici de la intervenció (sis mesos, un any, etc.). Només una avaluació rigorosa dels avenços del pacient permetrà guiar el procés de presa de decisions en l'ajust dels objectius d'intervenció basant-se en els resultats de l'avaluació. Tota decisió presa dins el context d'intervenció logopèdica s'ha de basar en una evidència empírica que doni suport a aquesta presa de decisions.

Tot aquest procés es pot sintetitzar mitjançant el següent gràfic.



2. Elements a tenir en compte per a la planificació de la intervenció

2.1. Població objectiu

Tota persona pot necessitar suport logopèdic en diferents moments de la seva vida en els quals presenti dificultats en la comunicació, el llenguatge, la parla, la veu o les funcions no verbals. Aquestes dificultats poden requerir una intervenció i uns suports de llarga durada, com en el cas d'un infant amb un trastorn de desenvolupament neuronal que tingui dificultats en la comunicació i el llenguatge, o a curt termini, com en el cas d'una persona adulta amb disfonies recurrents com a conseqüència d'un mal ús de la veu.

En aquest sentit, la població objectiu de tractament logopèdic comprèn des d'infants en edats molt primerenques (per exemple amb dificultats en la intenció comunicativa o en el desenvolupament i l'adquisició del llenguatge) fins a infants en etapa escolar que poden requerir intervenció logopèdica relacionada amb dificultats de l'aprenentatge de la lectura o de l'escriptura (dislèxia, disgrafia), o de l'ús, la forma o el contingut del llenguatge i de la parla, com en trastorns de desenvolupament del llenguatge (TDL, també conegut com TEL), disfèmies, dislàlies, disglòssies, disàrtries, o amb trastorns de desenvolupament neuronal que a més tinguin dificultats logopèdiques (trastorn de l'espectre autista i discapacitat intel·lectual, entre d'altres). Les persones en etapa adulta també són objecte d'intervenció logopèdica per dificultats tradicionalment associades a la veu (disfonies), a la parla (dislàlies) o a les funcions no verbals (disfàgies); també es relacionen amb altres dificultats derivades d'isquèmies, traumatismes cranioencefàlics o altres causes associades, com el cas de l'afàsia en qualsevol dels seus nombrosos tipus.

Donada l'heterogeneïtat dels pacients i de les demandes que un logopeda pot atendre cal ajustar la intervenció a les característiques de la persona i, per tant, resulta imprescindible tenir la informació següent:

- **Dades personals.** A més del nom, els cognoms, l'adreça, la població i altres dades per a la confecció de la fitxa clínica, és important saber l'edat cronològica i el gènere del pacient per iniciar la concreció d'algunes de les seves particularitats. És imprescindible protegir cada una d'aquestes dades segons la llei de protecció de dades vigent en la Comunitat Europea². D'aquesta manera desenvoluparem una correcta pràctica professional.
- **Antecedents i dades familiars.** Cal que detectem si existeix o ha existit alguna dificultat de desenvolupament o algun símptoma relacionat en algun membre de la família. També cal confeccionar un diagrama familiar

⁽²⁾Reforma de 2018 de les normes de protecció de dades de la UE: https://ec.europa.eu/commission/priorities/justice-and-fundamental-rights/data-protection/2018-reform-eu-data-protection-rules_es

i obtenir altres dades d'interès, com ara el nombre de germans que té la persona que rep la intervenció i el lloc que ocupa; quina és la llengua vehicular familiar; quina actitud presenta la família davant les dificultats de l'infant (si treballem amb població infantil); qui li dedica més temps; i quina és la situació del nucli familiar, així com l'existència o no de problemes familiars de diferent tipus.

- **Dades escolars o laborals.** En cas que el pacient assisteixi a un centre educatiu, cal conèixer a quin curs va, quina és la llengua escolar, a quina edat es va incorporar, quines activitats extraescolars realitza, saber si es va incorporar a una escola d'educació infantil i a quina edat i la seva capacitat d'adaptació, entre altres dades essencials. També és de gran interès conèixer l'ocupació laboral, en el cas de les persones adultes, ja que molt sovint o bé pot ser la causa del problema o bé pot influir en la recuperació i generalització dels avenços terapèutics (per exemple, per una mestra amb disfonia la seva eina de treball és la veu). En aquest sentit, quan el treball es complica per les dificultats del pacient en comunicació, llenguatge, parla, veu o funcions no verbals, aquestes dificultats tenen un gran impacte en el seu dia a dia i sovint el logopeda haurà de col·laborar amb un altre especialista, com ara el psicòleg, per reduir l'impacte de les dificultats en el benestar de la persona (Krischke *et al.*, 2005).
- **Antecedents prenatals** (sobretot en població infantil). Caldrà detectar si hi va haver dificultats durant l'embaràs (estrès, ansietat, símptomes relacionats amb la depressió, etc.); i si la mare va prendre o no medicació, a quina edat es va quedar embarassada, si es van complir els terminis i, fins i tot, si va ser un embaràs desitjat.
- **Part** (especialment en població infantil). És interessant saber si va ser espontani o provocat, si hi va haver problemes perinatals i amb quin pes i quina talla va néixer el nadó.
- **Desenvolupament inicial** (centrat en la població infantil). Cal conèixer alguns factors socioemocionals i comunicatius de l'infant durant els primers mesos, com ara el tipus de contacte ocular, si somreia, si tenia un caràcter tranquil o, fins i tot, si mostrava signes d'irritabilitat, així com a quina edat va començar a gatejar, a realitzar els primers passos, etc. També serà necessari conèixer les primeres malalties i afeccions que ha patit, si s'ha donat el cas.
- **Alimentació.** És una àrea en què el logopeda també ha d'estar especialitzat. Esbrinarem com va ser la lactància de la persona a qui s'atén, si els processos de deglució han estat correctes (menja, succiona i degluteix amb autonomia) i els tipus d'aliments que consumeix (textura, densitat, varietat).

- **Son.** Cal saber com dorm i quantes hores. També hem d'esbrinar com és la seva respiració oral, si demana alguna cosa abans d'anar a dormir (població infantil) i, fins i tot, si té malsons.
- **Malalties.** A més de conèixer totes les afeccions que ha patit a partir de l'any de vida, cal investigar si hi ha possibles al·lèrgies o problemes amb alguna medicació.
- **Evolució del llenguatge** (vinculat especialment a la població infantil). A grans trets, s'ha de recollir informació en relació amb el desenvolupament i l'adquisició del llenguatge i analitzar com i quan es van donar les fites de desenvolupament crítics: el balboteig, les primeres paraules, la comprensió i l'expressió de desitjos i d'accions, i la comprensió de consignes i d'instruccions, entre d'altres.
- **Conducta socioemocional.** Esbrinarem aspectes relacionals a casa (amb la família), a l'escola o a l'entorn laboral i, fins i tot, amb desconeguts. També s'analitzaran aspectes descriptius del caràcter del pacient: caràcter tranquil o nerviós, trist o alegre, tímid o extravertit, comunicatiu o reservat, etc.
- **Contextos de suport.** Per tal de planificar la generalització i el desenvolupament de la intervenció és de gran utilitat saber com és el context en què es desenvolupa (sobretot en el cas de la població infantil i de la tercera edat) i amb quins suports naturals compta (persones, espais de desenvolupament i de millora, etc.).

Amb tota aquesta informació podrem crear un perfil adequat i planificar de manera més reeixida la intervenció. En ocasions ens centrarem més en les dades d'una àrea específica, però es recomana explorar totes les àrees per obtenir una visió més holística de la persona. Un bon instrument per obtenir aquestes dades és l'**anamnesi**³, en què es formulen diferents qüestions al pacient en relació amb els punts descrits anteriorment.

⁽³⁾L'anamnesi és el procés pel qual el logopeda recull informació rellevant sobre el pacient per recuperar dades que van ser enregistrades al passat, duent la informació al present. A partir de les respostes obtingudes, el logopeda pot elaborar un historial amb dades que li seran útils per realitzar l'avaluació i el diagnòstic i per decidir quina intervenció durà a terme.

2.2. Formulació d'objectius

La formulació i la subsegüent prioritització d'objectius és una etapa ineludible en la planificació de la intervenció logopèdica que guiarà el posterior procés de presa de decisions. El logopeda està obligat a prendre decisions a l'hora d'organitzar una correcta planificació i, per tant, ha de proposar un seguit d'objectius que pretenguin donar resposta a les necessitats objectivades en l'avaluació inicial.

Els objectius d'intervenció han de ser:

- Ajustats i individualitzats a les dificultats del pacient.
- Objectivables, de manera que es puguin sistematitzar i es pugui recollir informació sobre la seva evolució.

- Sostenibles en els contextos de desenvolupament dels pacients.

En relació amb l'últim punt, és recomanable adoptar un enfocament d'intervenció centrat en el pacient i el seu context i, per tant, concedir-li un paper actiu en la delimitació i, principalment, en la prioritització d'objectius. En aquest sentit, si bé l'avaluació inicial assenyala una sèrie de dificultats que es traduiran en objectius d'intervenció, algunes d'aquestes dificultats poden tenir un major impacte en el seu dia a dia, i provocar, per exemple, una menor interacció en moments de joc amb iguals, en la població infantil, o un menor acompliment en l'entorn laboral, en la població adulta. Per això, els objectius que pretenguin respondre a les necessitats que més impacte tenen en la qualitat de vida dels pacients són els que hauran de prioritzar, sempre que sigui possible, en el desenvolupament de la intervenció, i, per tant, és ineludible comptar en aquesta etapa de planificació de la intervenció amb la participació i la col·laboració activa de la família i de la persona a la qual s'atén.

En línia amb aquests supòsits, el logopeda ha d'adoptar sempre un enfocament holístic en la planificació dels objectius d'intervenció. Wallach (2008) proposa diferents metàfores que responen a aquesta idea. A tall d'exemple, la metàfora del bosc i els arbres ens recorda que un objectiu d'intervenció molt concret (arbre) forma part d'un ecosistema o context amb el qual s'interrelaciona i que no s'ha d'oblidar en la confecció dels objectius d'intervenció. De la mateixa manera, una aproximació a les dificultats del pacient que tingui en compte no només les proves observables, o punta de l'iceberg, sinó també tot el que hi ha dessota o les dificultats que s'hi relacionen estretament, és de vital importància per a la redacció d'uns objectius d'intervenció que valorin al pacient en la seva totalitat i que es tradueixin en un abordatge efectiu i eficaç.

Exemple

Així, si l'avaluació revela que un pacient té dificultats d'accés al lèxic, de planificació del llenguatge i de producció del fonema /r/, la creació i prioritització dels objectius d'intervenció ha de tenir en compte l'impacte que aquestes dificultats tenen en el dia a dia de la persona. *A priori*, pot semblar que les dificultats fonètiques siguin les menys urgents d'abordar, però si aquestes dificultats comporten problemes de comunicació amb els companys de feina, familiars o amistats, o generen un estigma en la persona l'impacte del qual compromet el seu desenvolupament socioemocional, caldrà prioritzar aquest objectiu d'intervenció.

En resum, per a la formulació i la prioritització dels objectius d'intervenció s'han de tenir en compte els factors següents:

- Les dificultats del pacient observades en l'avaluació inicial.
- Els diferents contextos de desenvolupament i de suport que té la persona.
- Els agents de suport a la intervenció (família, parella, amistats, etc.) que podran tenir un paper actiu en la intervenció.
- El context, la durada i la freqüència de la intervenció ajustats a les dificultats del pacient.

Altres consideracions que hem de tenir en compte a l'hora de formular els objectius generals són les següents (Owens, 1999):

- a) Els objectius mal definits dificulten a l'hora d'ensenyar un comportament i d'avaluar si la persona que rep la intervenció ho ha après o no.
- b) Si l'objectiu no és observable i mesurable, el professional no sabrà si continuar o suspendre el tractament i serà difícil avaluar-ne el resultat.
- c) S'han de seleccionar els objectius de manera clarament definida i descrita. Una definició operacional consisteix en concretar els objectius en termes observables i mesurables.
- d) Un objectiu definit de manera operacional conté:
 - Aspectes topogràfics del comportament objectiu: especificar els objectius en termes mesurables i traduir-los a comportaments observables.
 - Exemples:
 - Seguir les instruccions verbals («toca't el nas», «seu»).
 - Produir el morfema del plural (s).
 - Demanar cinc aliments.
 - Mantenir el tema de conversa durant tres minuts.
 - Interpretar de forma correcta cinc verbs corrents.
 - Donar respostes correctes a sis preguntes sobre una lectura.
 - Escriure deu paraules de manera correcta.

És poc probable que els objectius poc ajustats a les dificultats del pacient, difícils de mesurar i que no contribueixen a la millora del funcionament i de la qualitat de vida de la persona, es puguin aconseguir amb èxit en el procés d'intervenció terapèutica. En aquest sentit, per una persona amb un trastorn neurodegeneratiu com una malaltia neuronal motora, aconseguir un nivell de parla intel·ligible no és un objectiu assolible. Un objectiu més ajustat a les dificultats d'aquesta persona podria ser aprendre a fer servir de manera eficaç un sistema alternatiu de comunicació.

Donades totes les premisses anteriors relacionades amb una correcta formulació d'objectius, cal destacar que els objectius generals derivats de l'avaluació prèvia han d'erigir-se en **objectius específics d'intervenció**, que són els que ens permetran anar avaluant l'avenç de la intervenció.

Exemple

Imaginem el cas d'una nena de cinc anys amb un retard significatiu en l'adquisició del llenguatge de predomini receptiu. La seva avaluació inicial mostra dificultats específiques en el llenguatge receptiu. Un exemple d'objectiu general inclòs en la planificació de la intervenció podria ser el següent: «treballar el seguiment d'instruccions verbals d'un pas sense suport visual». Aquest objectiu general, tot i que és comprensible, ha de derivar en accions objectivables per poder controlar la seva evolució al llarg de la intervenció. Aquesta especificació de l'objectiu general en objectius específics dona peu, també, a poder incloure els diferents graus de suport que es poden implementar en cada objectiu específic i la seva progressiva atenuació. En aquest sentit, un objectiu específic que correspondria a l'objectiu general descrit anteriorment podria ser el de seguir instruccions verbals d'un pas («toca't el nas», «seu») amb un percentatge de respostes correctes del 90% quan les instruccions donades pel professional es repeteixin com a màxim dues vegades en la consulta. La operacionalització de l'objectiu específic permet saber en quines conductes observables es tradueixen les premisses a treballar.

Els passos i els criteris per concretar un objectiu específic s'indiquen a continuació.

Criteris per formular objectius específics	Aplicació dels criteris a l'exemple d'objectiu
1. Precisió: en quin moment s'aprèn l'habilitat?	Seguir instruccions verbals d'un pas («toca't el nas», «seu») amb un percentatge de respostes correctes del 90%.
2. Estímul de tractament a utilitzar	Seguir instruccions verbals d'un pas («toca't el nas», «seu») amb un percentatge de respostes correctes del 90% quan la instrucció la doni el professional i es repeteixi com a màxim dues vegades. (S'apliquen els criteris 1 i 2.)
3. Ambient en el qual el comportament verbal és après i sostingut	Seguir instruccions verbals d'un pas («toca't el nas», «seu») amb un percentatge de respostes correctes del 90% quan la instrucció la doni el professional i es repeteixi com a màxim dues vegades en la consulta. (S'apliquen els tres criteris de manera conjunta.)

2.3. Agents d'intervenció

En tota planificació de la intervenció s'ha de comptar amb l'ajuda i la col·laboració dels agents presents en el context de desenvolupament de la persona, com ara familiars, amiguets, parella, així com amb diferents professionals de l'educació i de la sanitat. Per tant, el logopeda es coordinarà també amb professionals procedents dels serveis de neurologia, ictus, oncologia, otorrinolaringologia, salut mental, rehabilitació, cures paliatives i atenció primària, entre d'altres (American Speech-Language-Hearing Association, 2016). A més, podrà col·laborar amb altres equips de professionals de l'àmbit de benestar social, com ara terapeutes ocupacionals i educadors socials (el logopeda també treballa a residències de la tercera edat, centres penitenciaris, centres de dia i, fins i tot, als jutjats) (Bryan, Freer, i Furlong, 2007).

En la primera i segona infància, el logopeda treballarà en equip amb professionals de l'àmbit de la psicopedagogia o de la psicologia i amb mestres de diferents especialitats, sobretot amb professionals d'atenció a les necessitats edu-

catives de l'alumnat o d'audició i llenguatge, si n'hi ha, així com amb la família. Quan treballi amb població adulta, caldrà que uneixi esforços i col·labori amb altres professionals de la sanitat, així com amb altres agents presents en el context de la vida de la persona (familiars, companys de treball, etc.), depenent de la seva dificultat. En aquest sentit, s'haurà d'anticipar com es gestionarà el treball amb aquests agents durant la planificació del procés d'intervenció.

En qualsevol cas, el logopeda ha d'adoptar una actitud flexible, empàtica, compromesa i col·laboradora, ja que en tota planificació ha de comptar amb la participació de tots aquests professionals.

El logopeda pot posicionar-se des de diferents paradigmes (Dunst, Johanson, Trivette, i Hamby, 1991) en funció del paper que vulgui assumir en el procés d'intervenció. Des d'un **paradigma d'expert**, el pacient o la seva família són receptors de la intervenció i el professional assumeix el control absolut del procés de presa de decisions i de priorització dels objectius d'intervenció. Es requereix poca participació per part dels agents i no se sol tenir en compte les seves perspectives. Per exemple, en un cas de dificultats de processament fonològic i presència de dislàlies en una nena de sis anys, el logopeda establiria els objectius d'intervenció i demanaria a la família que executés certs exercicis a casa entre sessió i sessió, sense conèixer la realitat familiar de la nena que pot impedir o dificultar la realització d'aquests exercicis a curt termini.

Des d'un **paradigma formador**, tot i que el professional segueix tenint el control de la creació i de la priorització dels objectius de treball, considera que la família o els agents presents en el context de vida de la persona han de formar-se per poder reproduir el que s'ha après en sessió clínica en el seu context de vida. Per exemple, en un pacient amb afàsia de Broca, el logopeda pot centrar-se en desenvolupar un protocol d'exercicis per millorar l'accés al lèxic juntament amb la família, la qual anirà informant del lèxic més funcional en el dia a dia de la persona, encara que realment la necessitat urgent de comunicar-se en context familiar indica que el primer objectiu a prioritzar hauria de ser l'establiment d'un sistema alternatiu de comunicació.

Finalment, des d'un **paradigma col·laboratiu** s'entén que els agents presents en la vida del pacient (familiars, etc.) han de tenir un paper actiu en la priorització de les necessitats i dels objectius terapèutics, i en el desenvolupament de la intervenció que es porta a terme juntament amb el professional, compartint així la responsabilitat del procés terapèutic, fet especialment important en població infantil, en el treball amb les famílies i amb els equips de professionals educatius. Així, per exemple, donat el coneixement de la família sobre les dificultats i les capacitats comunicatives d'un nen amb síndrome de Down en context familiar, es prioritzarien els objectius que puguin millorar el seu funcionament i desenvolupament a casa, com ara l'habilitat d'assenyalar per demanar alguna cosa, per davant d'altres objectius que el logopeda hagi establert.

2.4. Organització de les activitats, la temporalització, l'espai i les estratègies

1) Espai

L'espai on es desenvoluparà la intervenció té un paper clau. Així, independentment de l'àmbit d'intervenció logopèdica, és important definir un espai que sigui estable, ampli i adequat al llarg del tractament. No és recomanable desplaçar el pacient d'un lloc a un altre. La intervenció logopèdica sol donar-se en espais definits dins dels centres o de les institucions de treball del logopeda (centre privat, hospital, escola), encara que també pot produir-se en context natural (normalment en l'etapa infantil, quan la intervenció basada en la família es dona amb molta més freqüència). De fet, i en aquest sentit, el logopeda que treballa en context escolar pot decidir dur a terme la intervenció a l'aula ordinària, per exemple, donant suport a la mestra sobre com dissenyar les activitats tenint en compte les dificultats de l'alumnat, o directament donant suport a l'alumnat en les seves dificultats de lectura i escriptura.

2) Temporalització

La temporalització recomanada de les sessions anirà sempre en funció del tipus de trastorn, del grau d'afectació en la comunicació del pacient i dels recursos humans i materials de la institució clínica o educativa. Per exemple, per a trastorns del llenguatge associats a diferents condicions biomèdiques com ara síndromes genètiques o trastorns del desenvolupament, es recomana que durant les primeres fases del tractament es consideri una freqüència mínima d'intervenció de dos cops per setmana, atès que en moltes ocasions el treball aplicat és repetitiu i sistemàtic, amb la possibilitat de variar la forma de presentació dels estímuls. Més endavant, després d'observar detingudament l'evolució del pacient, es pot valorar si cal reduir la freqüència d'intervenció tenint en compte que les activitats busquen mantenir la generalització (Spradlin i Siegel, 1982). En tot cas, la concreció de la periodicitat de la intervenció clínica ha de tenir en compte, sobretot en el cas de la població infantil, el context de desenvolupament de la qual té un paper principal en la definició de la temporalització de la intervenció, les següents premisses (Ebbels, McCartney, Slonims, Dockrell, i Norbury, 2019):

- Els objectius generals a assolir (un problema específic la resolució del qual es planifica a mitjà termini, o el desenvolupament d'habilitats més complexes a llarg termini).
- La naturalesa de les dificultats de l'infant i l'impacte en la seva funcionalitat i en els seus contextos de vida.
- Els coneixements i les habilitats preexistents de l'entorn.

- Les demandes de l'entorn (familiar i escolar).

És essencial que el logopeda expliqui la relació espai-temps a les famílies; es recomana preparar un cronograma amb la relació d'objectius proposats. D'aquesta manera, la col·laboració serà molt més fluïda i la predisposició a la feina en altres contextos de desenvolupament també (Campbell, 2000). A més a més, els pacients han d'estar informats sobre la durada prevista i la freqüència del tractament. Una intervenció que s'allarga indefinidament pot afavorir una dependència ineficaç del pacient vers el clínic (i viceversa, probablement).

3) Estratègies logopèdiques

Les estratègies d'intervenció logopèdica són totes les accions i els procediments d'ensenyament i d'aprenentatge que el logopeda planifica i posa en pràctica per tal que els pacients puguin expandir les seves habilitats comunicatives i de llenguatge (Vilaseca, 2002).

Aquestes estratègies pretenen fomentar una resposta activa per part del pacient i evitar situacions d'intervenció en les quals sigui un mer receptor. En aquest sentit, pel que fa a la població infantil podem destacar diferents tipus d'estratègies, com ara les que es descriuen en la taula següent, dirigides a fomentar l'ús funcional de la comunicació i del llenguatge. A més, tot i que les estratègies d'ensenyament logopèdic es puguin utilitzar en qualsevol context d'intervenció, cal prioritzar el seu ús en contextos naturals (Vilaseca, 2002), especialment en població infantil, sempre que sigui possible.

A continuació es destaquen algunes de les estratègies específiques per al desenvolupament del llenguatge i de la comunicació en població infantil (Owens, 2013).

Per estimular el desenvolupament del llenguatge	Per a l'ensenyament de competències concretes	Per crear situacions comunicatives
<p>Per millorar habilitats de conversa:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Observar i escoltar com es comunica el nen. 2. Utilitzar l'espera i el silenci. 3. Seguir la iniciativa de l'infant. 4. Estructurar les intervencions per tornos. 5. Allargar les seqüències comunicatives. 	<p>Ensenyament dirigit a la comprensió:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ús de signes i senyals. 2. Estructura d'activitats marcada per senyalitzacions. 3. Ús d'instruccions. 	<ul style="list-style-type: none"> - Oferir quantitats inadequades de materials buscant la reacció de l'altra persona. - Interrompre rutines. - Oferir tasques que requereixin l'ajuda del logopeda. - Posar materials preferents dins el camp visual de l'infant, però fora del seu abast per fomentar la demanda. - Donar una resposta incorrecta voluntàriament amb l'objectiu de fomentar una resposta comunicativa.
<p>Estratègies d'adaptació del llenguatge que el logopeda dirigeix a l'infant:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Vocabulari adequat al nivell del pacient. 2. Frases curtes. 3. Parlar a poc a poc. 4. Entonació agradable. 5. Parlar amb claredat. 6. Ús de somriures, exclamacions i onomatopeies. 	<p>Ensenyament dirigit a l'ús:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Reaccionar als senyals. 2. Vigilar, esperar, reaccionar o interpretar de manera exagerada. 3. Modelar una expressió de desig. 4. Construir i interrompre cadenes. 	
<p>Estratègies implícites:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Expansió d'enunciats. 2. Correcció implícita. 3. Valorar positivament el que diu el nen. 4. Preguntes d'elecció múltiple. 	<p>Ús d'estratègies específiques:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Multimodalitat comunicativa. 2. Espera estructurada. 3. Modelatge o guia física. 4. Aprenentatge incidental. 5. Preguntes de doble alternativa. 	

Seguidament es presenten algunes de les estratègies bàsiques que es poden aplicar en qualsevol camp d'intervenció i amb qualsevol tipus de població, i que s'han de considerar en el moment de confeccionar la planificació de la intervenció.

- Dissenyar materials adaptats a les competències lingüístiques de la persona que rep la intervenció. És important reorganitzar tots els recursos existents al centre o a la consulta i dissenyar-ne d'altres que siguin innovadors.
- Considerar la realització d'agrupaments flexibles, si la teràpia ho permet.
- Flexibilitzar variables com el temps de realització de la tasca.
- Oferir centres d'interès en comú; d'aquesta manera hi haurà l'opció de facilitar estímuls que afavoreixin la motivació intrínseca, l'observació i l'experimentació.
- Crear criteris d'avaluació i de llenguatge flexibles.
- Desenvolupar tasques logopèdiques del més concret fins, si es dona el cas, al més abstracte, tot «descomponent» els continguts en passos intermedis.

- Fer participar les famílies i altres agents educatius implicats, en el cas de població infantil, o les xarxes de suport de la persona, en el cas de població adulta. No podem fer gaire sense la col·laboració de tots els agents implicats.

Finalment, cal destacar que, sense importar el tipus d'intervenció, cal tenir en compte dos tipus de premisses en la planificació de la intervenció. Es recomana que sigui **intensiva** (especialment en pacients que són a la primera i segona infància) i **precoç**. Cal que iniciem les actuacions com més aviat millor, sempre en funció de la col·laboració familiar, del quadre clínic del trastorn a tractar les variables socioemocionals del pacient i, evidentment, les possibilitats laborals, entre altres factors.

3. Exemple de planificació de la intervenció

Tenint en compte tots els processos explicats anteriorment, el logopeda està en disposició de crear un pla d'intervenció amb garanties. Hi ha diferents models per desenvolupar un document de planificació d'intervenció logopèdica, però com a mínim cal incloure els següents punts o apartats:

Fase 1. Avaluació	Nom	Aspectes a tenir en compte
	Dades personals	Implica confeccionar una fitxa amb les diferents dades personals de la persona que rep la intervenció, i és imprescindible que aquesta (o mare/pare/tutor legal, si és menor) firmi la documentació necessària en relació amb la llei de protecció de dades vigent en el territori.
	Cronograma	Incloure, en iniciar la intervenció, una projecció de la seva durada i en quines dates s'establiran les diferents revisions.
	Participants	No només ha d'incloure el nom del logopeda que realitza la intervenció directa amb el pacient, sinó també el de tot l'equip de professionals implicats en el cas per poder dur a terme un treball interdisciplinari eficaç.
	Estil d'aprenentatge comunicatiu	Explicació de les diferents habilitats comunicatives: en quin punt està la persona que rep la intervenció i quins processos té adquirits.
	Síntesi del cas	Descripció de totes les dificultats que presenta el pacient (lingüístiques, neurològiques, psicològiques i altres àrees relacionades).
	Diagnòstic	A partir d'aquestes dades podem formular una hipòtesi diagnòstica per al pacient o exposar el seu diagnòstic definitiu, o més «sòlid», en el cas que ja hagi estat avaluat amb anterioritat aplicant i interpretant els resultats de les diferents proves tant qualitatives com quantitatives.
Fase 2. Intervenció	Objectius	Amb totes les dades obtingudes amb anterioritat, es formulen les metes generals i específiques. Els objectius generals tenen un enfocament més ampli i prioritari; en canvi els objectius específics solen ser a curt termini i serveixen de guia per a poder complir els objectius generals.

	Tasques de rehabilitació i programació	En aquest apartat plantejarem quin tipus d'activitats pot assumir el pacient (i indiquem quines són les més recomanades, si cal) i una programació de les sessions que s'assumiran. També s'especifiquen quin tipus de suports rebrà el pacient i, fins i tot, les estratègies que s'aplicaran.
	Entrevistes i seguiment	Les diferents entrevistes, reunions i seminaris amb els agents implicats en el cas, així com totes les decisions, han de quedar plasmes en el pla.
Fase 3. Avaluació de la intervenció	Planificació del seguiment de la intervenció	Especificació de l'instrument de seguiment utilitzant la freqüència de recollida de dades, quan es produirà l'avaluació intermèdia i la freqüència de revisió dels pacients.

A continuació es presenta un exemple pràctic d'un pla d'intervenció logopèdica d'un cas relacionat amb una afàsia motora transcortical.

1. Dades personals

Nom	XXX
Cognoms	XXX
Lloc i data de naixement	XXX
Direcció	XXX
Nom del pare	XXX
Nom de la mare	XXX
Germans (lloc que ocupa)	XXX
Telèfon	XXX

-
- Data d'elaboració del pla d'intervenció: XX d'X de 20__
 - Durada: 2 setmanes
 - Tipus de revisió: setmanal
-

2. Participants implicats

Alberto Sánchez Pedroche	Logopeda
XXX	Neuròleg
XXX	Traumatòleg
XXX	Psicòleg
XXX	Especialista: _____

Fase 1. Avaluació

3. Estil d'aprenentatge comunicatiu

Ritme d'aprenentatge	Lent. Treballa millor individualment que en grup, fet que demana una major presència del logopeda.
Motivació	Extrínseca i intrínseca. Minva molt quan no treballa individualment (només) i amb tasques que impliquen motricitat fina.
Modalitat preferent	Model lingüístic i educació inclusiva.
Estratègies per a la resolució de problemes	Fa servir sobretot la imitació. A vegades es frustra quan no té èxit en una tasca i canvia el seu estat d'ànim (mal humor).
Nivell d'atenció	Presenta dificultats a l'hora d'escoltar i de percebre els estímuls. No obstant això, millorarà amb el nou tractament farmacològic.
Preferències d'agrupament	S'obtenen resultats positius en el pla individual, però no es poden descartar dinàmiques en petit grup.
Altres observacions	

4. Coneixement del cas i símptomes generals

Traumatisme cranioencefàlic (TCE) el 2013 (caiguda del cavall) que ha originat:

- Dany a la part frontal i parietal.
- Monoplegia (membre superior dret). També té afectada la mobilitat del peu dret.
- Desinhibició conductual (infantilisme; riu o s'enfada sobtadament).
- En el pla cognitiu, no pot «consolidar» nous coneixements.

5. Dificultats logopèdiques

- Lectura: no fa servir la ruta fonètica; així doncs, fa una lectura global per reconeixement i automatisme; no llegeix pseudoparaules; comet circumloquis; parafràsies semàntiques.
- Poca fluïdesa.
- Tendència a gesticular tot el que fa.
- Agramatisme (absència de verbs i de complements).
- Perseveracions (no sempre).
- Reconeixement de lletres per onomatopeies i ajudes semàntiques. Últims fonemes treballats: / p /, / l /, / t /, / f / i / s /.
- Comprensió parcialment preservada.
- Escripura parcialment alterada.
- Repetició oral preservada.

6. Primera impressió diagnòstica

- Deficiència motriu.
- Alteració cognitivoconductual.
- Afàsia de Broca (possible evolució cap a afàsia motora transcortical inicial en funció de repetició i de comprensió lectora).

Fase 2. Planificació de la intervenció

7. Objectius

Generals:

- Accedir a la lectura mitjançant la ruta fonètica.
- Augmentar la fluïdesa verbal.
- Millorar la denominació.
- Augmentar la seva capacitat lèxica.
- Reduir les perseveracions i les parafàsies semàntiques.

Específics:

- Incorporar en el seu discurs elements lingüístics, com ara conjuncions, locucions preposicionals, etc.
 - Augmentar el nombre de paraules per aspiració.
 - Incrementar el seu lèxic.
-

8. Modalitat d'intervenció

Nombre (individual grupal o mixt)	Preferentment individual
Lloc	En consulta XXX
Moment	Abans, durant i després de la sessió
Freqüència	2 sessions de 30 minuts setmanals

9. Proposta de tasques de RHB (denominació, lectura)

- Presentació dels diferents fonemes amb un ajuda semàntica i visual (un gràfic o dibuix). Posteriorment es realitza la lectura sil·làbica (C + V) i més endavant podrà llegir (CV + CV) combinant altres fonemes assolits amb anterioritat.
 - Seqüències temporals molt senzilles i contextualitzades (tres làmines o dibuixos).
 - Categorització per camps semàntics del seu interès.
-

10. Proposta de primera sessió individual

- Professional que hi intervé: XXXX (logopeda).
- Temps: 20 minuts (10 minuts per a cada tasca o activitat).
- Objectius: vegeu punt 4.
- Tipus de tasca: denominació i lectura.
- Metodologia.

Activitat 1: Es presenten a la pacient unes lletres de goma escuma i se li demana que vagi confeccionant alguns dels fonemes preservats. Hi ha l'alternativa de fer onomatopeies i oferir alguna imatge de suport, si convé.

Activitat 2: Es mostra a la pacient un seguit de seqüències molt senzilles i breus. A més d'ordenar-les també haurà d'explicar-les. Han d'incloure un lèxic que li resulti familiar.

Fase 3. Seguiment de la intervenció

11. Planificació del seguiment de la intervenció

- Instrument de seguiment: un dels més usats i coneguts és el test de Boston (García-Albea, de l'Aspecte, i Bernardos, 1996); també s'usa el BETA (Cuetos i González-Nosti, 2009).
 - Freqüència de recollida de dades: quinzenal.
 - Avaluació intermèdia: als sis mesos de l'inici de la intervenció.
 - Freqüència de revisió dels objectius: cada sis mesos, segons els resultats de l'avaluació.
-

Resum

Al llarg d'aquest capítol s'han abordat les complexitats de la planificació de la intervenció logopèdica en dificultats de la comunicació, del llenguatge, de la parla o de les funcions no verbals. No voldríem concloure aquest acostament a les diferents fases del procés de planificació sense emfatitzar la importància de conèixer, practicar i seguir aquestes fases, des de l'avaluació inicial de les dificultats i de les necessitats de la persona i la planificació d'objectius generals i específics d'intervenció basats en aquesta avaluació, fins a realitzar una avaluació continuada del procés. Aquest procés ha de ser circular, ja que l'avaluació de seguiment ens permetrà reajustar els objectius d'intervenció basant-nos en els avanços del pacient. Massa sovint, s'ignora la tercera fase per les dinàmiques pròpies del dia a dia i per la demanda, en auge, d'intervenció logopèdica. Per això, la planificació explícita d'aquestes fases prèvies a l'inici del tractament ens ajudarà a reservar l'espai que cada fase mereix dins del procés d'intervenció logopèdica, ajustant així la intervenció a les individualitats de cada persona. Cada pacient té les seves particularitats i és important atendre-les a través d'una correcta intervenció. Així doncs, podem trobar-nos dues persones amb les mateixes dificultats i necessitats, però la intervenció serà diferent, fins i tot seguint tots els passos i les recomanacions citats en aquest capítol.

Caldrà esgronar els objectius generals i comuns d'intervenció sobre la base d'una avaluació exhaustiva prèvia, no només de les dificultats de la persona, sinó també del seu context de vida, i seran exclusius i ajustats a les necessitats del pacient i al seu context per tal que siguin sostenibles en el seu dia a dia. D'aquest ajust, basat en una avaluació constant i en una presa de decisions conseqüent, depèn, en bona part, la clau de l'èxit del logopeda i de la seva relació professional amb el pacient.

Bibliografia

American Speech-Language-Hearing Association (2016). *Scope of practice in speech-language pathology*. Rockville, Maryland: ASHA.

Bluma, S. M., Shearer, M. S., Frohman, A. H., i Hiliand, I. M. (1995). *Portage, guía de educación preescolar*. Madrid: TEA.

Bryan, K., Freer, J., i Furlong, C. (2007). Language and communication difficulties in juvenile offenders. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 42 (5), 505-520.

Campbell, M. G. R. (2000). Investigating parental views of involvement in pre-school speech and language therapy. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 35 (3), 391-405.

Cívit, A., Martín, C., Cervera, J. F., Castro, C., Vázquez, A. I., Parra, P., i Dulcet, E. (2012). *Documento del perfil profesional del logopeda*. Barcelona: Consejo General de Colegios de Logopedas.

Cuetos, F. i González-Nosti, M. (2009). *BETA: Batería para la Evaluación de los Trastornos Afásicos*. Madrid: EOS.

Dunst, C. J., Johanson, C., Trivette, C. M., i Hamby, D. (1991). Family-oriented early intervention policies and practices: Family-centered or not?. *Exceptional children*, 58 (2), 115-126.

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. Recuperado de: <https://doi.org/10.1111/1460-6984.12387>.

Frankenburg, W. K., Dodds, J., i Archer, P. (1990). *Denver Developmental Screening Test-II (DDST-II)*. Denver Developmental Materials.

García-Albea, J. E., Viso, S. del, i Bernardos, M. L. S. (1996). *Test de Boston para el diagnóstico de la afasia: adaptación española*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.

Haynes, W. O., Pindzola, R. H., i Emerick, L. L. (2008). *Diagnosis and evaluation in speech pathology*. Boston: Pearson / Allyn and Bacon.

Juárez, A. i Monfort, M. (1996). *Registro fonológico inducido*. Madrid: CEPE.

Krischke, S., Weigelt, S., Hoppe, U., Köllner, V., Klotz, M., Eysholdt, U., i Rosanowski, F. (2005). Quality of life in dysphonic patients. *Journal of Voice*, 19 (1), 132-137. Recuperat de: <https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2004.01.007>.

Law, J., McKean, C., Murphy, C. A., i Thordardottir, E. (Ed.). (2019). *Managing Children with Developmental Language Disorder: Theory and Practice Across Europe and Beyond*. Oxon: Routledge.

McCauley, R. J., Fey, M. E., i Gillam, R. B. (2006). *Treatment of Language Disorders in Children*. Paul H. Brookes Publishing.

Owens, R. E. (1999). *Language Disorders: A Functional Approach to Assessment and Intervention*. Boston: Allyn and Bacon.

Owens, R. E. (2013). *Language Disorders: A Functional Approach to Assessment and Intervention*. Boston: Pearson Higher Ed.

Paul, R. (1995). *Language Disorders from Infancy through Adolescence: Assessment & Intervention*. Saint Louis: Mosby Elsevier.

Peña, E., Iglesias, A., i Lidz, C. S. (2001). Reducing test bias through dynamic assessment of children's word learning ability. *American Journal of Speech-Language Pathology*.

Roth, F. P. i Worthington, C. K. (2015). *Treatment Resource Manual for Speech Language Pathology*. Nelson Education.

Shipley, K. i McAfee, J. (2009). *Assessment in Speech-Language Pathology*. Nova York: Delmar Cengage Learning.

Spradlin, J. E. i Siegel, G. M. (1982). Language Training in Natural and Clinical Environments. *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 47 (1), 2-6.

Vilaseca, R. (2002). La intervención logopédica en niños con dificultades en el área del lenguaje y de la comunicación: un enfoque naturalista. *Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología*, 22 (3), 143-150. Recuperat de: [https://doi.org/10.1016/S0214-4603\(02\)76233-5](https://doi.org/10.1016/S0214-4603(02)76233-5).

Wallach, G. P. (2008). *Language Intervention for School-Age Students. Setting Goals for Academic Success*. Missouri: Elsevier.