

Trabajo final de grado

UMANRESA
UNIVERSITAT DE VIC
UNIVERSITAT CENTRAL
DE CATALUNYA



UOC Universitat Oberta
de Catalunya

**EFICACIA DE LA TELEINTERVENCIÓN LOGOPÉDICA
CENTRADA EN LA COMUNICACIÓN Y EL LENGUAJE DE NIÑOS
DE 0 A 6 AÑOS SEGÚN LA PERCEPCIÓN DE LOGOPEDAS:
ESTUDIO DEL ENTORNO, LAS CARACTERÍSTICAS DE LA
INTERVENCIÓN Y LA FAMILIA COMO COTERAPEUTA**

Modalidad: Trabajo de investigación

Eugenia Moreno Poza

Universitat de Vic- Universitat Central de Catalunya / Universitat Oberta de Catalunya

Alondra Camus Torres

Universitat de Vic- Universitat Central de Catalunya / Universitat Oberta de Catalunya

Resumen

El propósito de este estudio ha sido evaluar y describir la percepción de los logopedas sobre la eficacia de la tele-intervención logopédica centrada en usuarios de 0 a 6 años de edad con dificultades en la comunicación y el lenguaje teniendo en cuenta las características del entorno, del coterapeuta y de la intervención. Para ello se ha realizado una encuesta dirigida a logopedas en la que se recogieron datos sobre la intervención, el entorno y la percepción de la eficacia de la tele-intervención.

Por un lado, se ha realizado un análisis cuantitativo a partir de respuestas a las preguntas cerradas de la encuesta proporcionando la información en términos de porcentajes y de estadísticos descriptivos. Por otro lado, se ha hecho un análisis cualitativo a partir de las respuestas a las preguntas abiertas de la encuesta.

Se ha podido establecer que la percepción de la eficacia está relacionada con el tipo de entorno, las características personales del coterapeuta y los materiales utilizados durante la intervención. Además, hemos podido ver y analizar las ventajas e inconvenientes con las que se han encontrado los encuestados llevando a cabo este tipo de intervención.

Palabras clave

Telepráctica, tele-intervención, atención temprana, logopedia, fonoaudiología

Abstract

The purpose of this study was to evaluate and describe the perception of speech therapists on the effectiveness of speech therapy tele-intervention focused on users from 0 to 6 years of old with communication and language difficulties, taking into account the characteristics of the environment, of the co-therapist and of the intervention. To this end, a survey was conducted for speech therapists in which data on the intervention, the environment and the perception of the effectiveness of the tele-intervention were collected.

On the one hand, a quantitative analysis has been carried out based on answers to the closed questions of the survey and the information in terms of percentages and descriptive statistics. On the other hand, a qualitative analysis has been made from the answers to the open questions of the survey.

It has been established that the perception of efficacy is related to the type of environment, the personal characteristics of the co-therapist and the materials used during the intervention. In addition, we have been able to see and analyze the advantages and disadvantages that respondents have found carrying out this type of intervention.

Key Words:

Telepractice, teleintervention, early attention, early care, speech language therapy, *speech language pathology*.

1. Introducción

El covid-19 y el aumento significativo del uso de la tecnología e internet en nuestro día a día nos ha obligado a replantear nuevas formas de intervención, de ahí nacen los servicios de telepráctica como alternativa eficaz y aceptable y/o un método complementario para la prestación de servicios en distintos campos como la logopedia (Akemoglu et al., 2020). La telepráctica es una plataforma de interacción donde los profesionales y pacientes pueden interactuar, de tal forma que los participantes pueden acceder a nueva información y conocimiento sobre un tema específico (Neely et al., 2017). Podemos llevar a cabo una intervención telemática de manera sincrónica, asincrónica o una combinación de ambas para un modelo híbrido (Akemoglu et al., 2020). Por un lado, la telepráctica sincrónica, que se asemeja más a la práctica tradicional presencial, es la interacción interactiva en tiempo real, por otro lado, la telepráctica asincrónica es la entrega de la información a través de videos que el usuario podrá ver en cualquier momento (Akemoglu et al., 2020). La modalidad híbrida incorpora las tecnologías de contacto directo y las de contacto indirecto para ofrecer los servicios a través de la distancia. La selección de la modalidad, conectividad y el equipo tecnológico apropiado para proveer los servicios varía de acuerdo a los resultados deseados por el paciente, la accesibilidad y uso de los pacientes con discapacidades, la experiencia y comodidad con la tecnología empleada tanto por el profesional como por el paciente, la interoperabilidad del equipo tecnológico y los recursos e infraestructura tecnológica (Cason & Cohn, 2012). La tecnología que se utilice debe ser fácil de manejar, funcional y adecuada para la captura y transmisión de la información necesaria a través de la distancia (Karr, 2012).

Un gran número de organizaciones profesionales como la Asociación Estadounidense de Terapia Ocupacional y Asociación Americana del Habla, Lenguaje y Audición (ASHA) apoyan el uso de la telepráctica como método de servicio alternativo o complementario (Sutherland et al., 2018). La ASHA ha estado proporcionando información y recursos sobre el uso apropiado de la telepráctica desde finales de la década de 1990 (ASHA, 2011), aunque el uso de la telepráctica se remonta a mediados de la década de 1970. Una de las primeras aplicaciones pioneras de prestación de servicios de telepráctica en patología del habla y el lenguaje se produjo en un Hospital de Alabama, donde un audiólogo y logopeda desarrollaron un proyecto de telepráctica que proporcionaría tratamientos y evaluación de pacientes con trastornos de habla, lenguaje y/o auditivos (Houston, 2013).

Aunque la telepráctica en la patología del habla y el lenguaje se remonta a casi cuatro décadas, la última década ha visto una adopción más rápida del modelo de prestación de servicios (Houston, T.K., 2013) que, además, en los últimos años ha crecido exponencialmente debido a la aparición del covid-19 y al aumento significativo del uso de la tecnología e internet en nuestro día a día (Akemoglu et al., 2020).

El uso de la telepráctica se ha motivado en muchas disciplinas con el objetivo de dar acceso a intervenciones a comunidades que vivían en zonas rurales, sin embargo, actualmente, por la situación de pandemia que vivimos, las ciudades son zonas de mayor riesgo por la mayor densidad de población, lo que impulsa la necesidad de llevar a cabo servicios de tele-intervención tanto en zonas rurales como en grandes ciudades. Además, sabemos que el uso de la telepráctica facilita el acceso a pacientes con dificultades de desplazamiento y ayuda a realizar trabajos con niños donde participan los familiares en entornos naturales (Igalada, 2020).

Recientemente, los investigadores han explorado la aplicación de la telepráctica como modelo de prestación de servicios en intervenciones implementadas por los padres con el objetivo de mejorar el acceso a intervenciones basadas en evidencia científica. Específicamente, en el área de la atención logopédica infantil, se ha demostrado que la telepráctica es una modalidad efectiva para llevar a cabo capacitación y entrenamiento para padres para apoyar las habilidades de lenguaje y comunicación de niños pequeños (Akemoglu et al., 2020). En el estudio mencionado se corrobora la eficacia del uso de entornos naturales y la participación de los padres como coterapeutas en intervenciones relacionadas con el lenguaje y la comunicación en niños (Tomeny et al., 2019), además, se conoce que en la intervención en atención temprana resulta crucial la implicación familiar, elemento indispensable para favorecer la interacción afectiva y emocional así como para la eficacia de los tratamientos (Libro Blanco, 2000).

Las evidencias nos demuestran la eficacia de la telepráctica en logopedia en niños (Akemoglu et al., 2020; Igalada, 2020; Plena Inclusión, 2020; Houston, 2013) ya que estas promueven las prácticas recomendadas en atención temprana y el logro de los resultados, aumentan el uso de la práctica centrada en la familia, intensifica la participación de otros miembros de la familia, ofrece oportunidades para la participación de otros profesionales pudiéndose realizar con mayor facilidad encuentros transdisciplinarios al reducir el tiempo destinado al desplazamiento y, también, se disminuyen las dificultades de desplazamiento (Plena Inclusión, 2020). A pesar de lo anterior, es un campo que aún tiene muchas lagunas que hay que seguir estudiando para poder analizar los beneficios y las barreras a las que nos enfrentamos con este tipo de intervención. Algunas de las barreras que impiden que la implementación sea perfecta son: problemas de conexión o tecnológicos (audio, video, imagen, etc.); dificultades con el uso tecnológico por falta de

familiarización con las herramientas; problemas para tener el material listo para aprovechar al máximo la sesión; incertidumbre de la familia por no entender o saber sobre las estrategias y planificación de la sesión; lugares inapropiados con muchos distractores; falta de contacto físico con los pacientes, entre otras. Todas estas barreras hicieron pensar sobre la necesidad de seguir estudiando sobre este nuevo método para lograr eliminar con una buena práctica las barreras que se nos presentan (Tucker, 2012).

Según la guía realizada por Plena Inclusión sobre cómo implementar la tele-intervención en atención temprana, se conoce que es importante tener en cuenta algunos factores para la buena práctica como: Asegurarse de que el entorno de la familia y del profesional promuevan la escucha activa, limitando al máximo posible distractores como ruidos de fondo, televisores, teléfonos o radios encendidas; Tanto los profesionales como las familias intentarán comunicar a otros que no les interrumpan hasta que termine la sesión; Los materiales que se usarán deberían ser los habituales del niño en su entorno natural, que forman parte de sus rutinas cotidianas y que son apropiados desde el punto de vista cultural y del desarrollo; Los profesionales y la familia planifican juntos los materiales que utilizarán asegurando su disponibilidad y que estén preparados con antelación; El coterapeuta al menos 15 minutos antes de la sesión programada, tendrá que preparar su entorno, el equipo y la conexión; El logopeda tendrá que tener en cuenta como aprenden los adultos y usar las estrategias necesarias para guiar al coterapeuta y además, se buscará por parte del profesional y el coterapeuta una habitación óptima en su hogar según la actividad planificada donde se pueda llevar con éxito la sesión (Plena Inclusión, 2020).

La realización de este trabajo de investigación nace, principalmente, de la necesidad social y sanitaria que tenemos en estos tiempos. La situación de pandemia que estamos viviendo nos obliga a adaptarnos a nuevos métodos de trabajo que debemos intentar que sean tan eficaces como en las sesiones presenciales y para ello se necesita más investigación y evidencia científica.

El objetivo que nos marcamos es definir, según la visión de logopedas, la eficacia de la tele-intervención logopédica centrada en la comunicación y el lenguaje de niños de 0 a 6 años estudiando el entorno, las características de la intervención y el rol de la familia como coterapeuta. Con este trabajo de investigación, intentaremos dar respuesta a preguntas como: ¿Cuál es la percepción que tiene los logopedas y coterapeutas sobre la eficacia de la tele-intervención logopédica en niños de 0 a 6 años con dificultades en la comunicación y el lenguaje? ¿Cómo debe ser el entorno del niño durante la práctica? ¿Qué tipo de materiales favorecen el desarrollo de la comunicación y el lenguaje en este tipo de intervenciones? ¿Cuál es el papel del coterapeuta en la sesión?

2. Método

2.1. Diseño y procedimiento

El diseño que se ha utilizado ha sido tanto cualitativo como cuantitativo. El análisis cuantitativo se lleva a cabo a partir de las respuestas a las preguntas cerradas de la encuesta realizada y, por otro lado, el análisis cuantitativo se realiza partiendo de las preguntas abiertas de la encuesta.

Se ha llevado a cabo una metodología analítico-sintética. Primero se ha analizado la situación de estudio, teniendo en cuenta la bibliografía existente, como un todo y, posteriormente, se ha creado un instrumento para recoger los datos de interés en torno al tema. En concreto se ha creado una encuesta que considera todos los subapartados que se van a analizar. El todo será la tele-intervención logopédica en relación a la comunicación y lenguaje en niños de 0 a 6 años. Las partes en las que desgranaremos el todo, para analizar en profundidad, serán: el paciente (características), la intervención (ambiente, contexto, tiempo, coterapeuta, materiales, etc.) y la percepción de la eficacia (puntos fuertes y débiles de la tele-intervención, grado de satisfacción de las familias y del profesional y avance real del paciente).

El procedimiento que se ha llevado a cabo para la presente investigación ha sido, en primer lugar, la búsqueda de fuentes de información que, tras realizar su análisis y selección de la bibliografía a utilizar, nos ha ayudado a crear el marco teórico. A continuación, se ha procedido a realizar la selección de la muestra. Para ello, se enviaron correos electrónicos invitando a participar en el estudio a profesores del Grado Interuniversitario de Logopedia (UOC, Manresa y UVic.) y a logopedas de centros privados y centros de atención temprana de España y Latino América. Una vez obtenidas las respuestas de los voluntarios, se procedió a enviar los consentimientos informados a los interesados. Durante el proceso de recepción de los consentimientos informados firmados se creó la encuesta *online*, que más tarde se envió a todos los participantes. Los participantes debían rellenar una encuesta por cada paciente que cumpliera con los requisitos propuestos. Una vez recibidos los resultados, se realizó el análisis cuantitativo y cualitativo de los datos y se procedió a obtener las conclusiones.

2.2. Participantes

Los participantes en el proyecto han sido logopedas que trabajen con niños de 0 a 6 años con dificultades de comunicación y/o lenguaje, y que utilizan o han utilizado la tele-intervención. La muestra consta de 10 participantes, los que se han contactado enviando correos electrónicos a profesores del Grado Interuniversitario de Logopedia (UOC, Manresa y UVic) y a gabinetes

privados y centros de atención temprana de España y Latino América, donde se invitaba a participar de manera voluntaria a todos los logopedas que quisieran y cumplieran los requisitos propuestos.

El muestreo ha sido no probabilístico utilizando muestras de convivencia o accidentales. Las muestras han sido reclutadas a través de la participación voluntaria de logopedas/profesores del Grado Interuniversitario de Logopedias (UOC, Manresa y UVic) y logopedas que trabajan en centros privados o centros de atención temprana de España y Latino América, que cuentan con página web o red social desde donde hemos podido obtener el correo electrónico para ponernos en contacto con ellos y así invitarlos a participar.

2.3. Instrumento

El instrumento utilizado para la recogida de datos ha sido un cuestionario de 20 preguntas (cerradas de múltiples opciones y abiertas con límite de palabras) divididas en tres secciones: paciente, intervención y percepción de la eficacia. El cuestionario tiene un formato online y se ha realizado a través de *Google Formularios*.

Para la realización de la encuesta se he realizado una *checklist* de los temas tratados en los artículos seleccionados para la elaboración del marco teórico y, además, se ha tomado como referencia una *checklist* adaptada por Plena Inclusión (2020) de RIDBC *Self-Evaluation of Telepractice Session* (2012) que tiene el objetivo de servir como una herramienta de autoevaluación de las sesiones de tele-intervención.

2.4. Análisis de los datos

Se ha realizado un análisis estadístico de los datos a través del software especializado SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*). Primero se han homogeneizado los datos en cuanto al formato y se ha almacenado la información para después crear una matriz de datos a partir de las respuestas de las encuestas de los participantes. A continuación, se han generado gráficos donde se reflejan los datos obtenidos en la encuesta, con los que se ha procedido a realizar un análisis cuantitativo, proporcionado la información en términos de porcentajes y de estadísticos descriptivos, y cualitativo. Finalmente se han sacado conclusiones como resultado de la investigación.

3. Resultados

3.1. Análisis cuantitativo

El análisis cuantitativo se ha llevado a cabo a partir de las respuestas a las preguntas cerradas de la encuesta realizada. Para analizarlo hemos proporcionado la información en términos de porcentajes (%) y de estadísticos descriptivos (moda, media y desviación estándar (DS) a la media).

3.1.1. En cuanto a los usuarios

Los encuestados han realizado la encuesta en base a la tele-intervención de usuarios de entre 3 y 6 años de edad. Concretamente, el 35% de los usuarios tienen 6 años, el 25% tienen 3 años, el 20% tienen 4 años y el resto (20%) tienen 5 años. Con estos datos, hemos podido ver que la moda de edad de los usuarios de este estudio es de 6 años, la media es de 4,6 años y la desviación típica es de 1,89 años de edad (Ver Gráfico 1). Estos usuarios presentan diferentes patologías, siendo los más abundantes: Trastorno del Desarrollo del Lenguaje (TDL) con un 30% y Trastorno del Espectro Autista (TEA) con un 30%. La dislalia, al igual que el Síndrome de Down, representan el 10% del total de usuarios y, el resto de patologías presentes en el estudio (disglosia (5%), pérdida auditiva (5%), disfemia (5%) y discapacidad intelectual (5%)) solo tienen un usuario que los representan (Ver Gráfico 2).

Gráfico 1. Edad de los usuarios

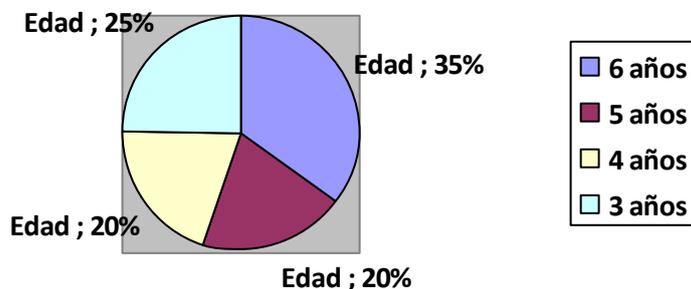
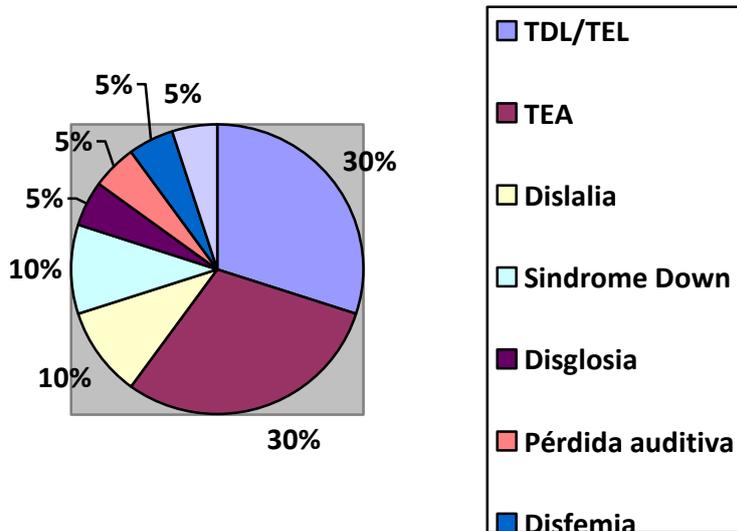


Gráfico 2. Patologías de los usuarios



3.1.2. En lo que se refiera a la intervención

El tipo de tele-intervención utilizada por la mayoría de los logopedas encuestados ha sido sincrónica, representada por un 70% de los encuestados. El resto han optado por intervenciones asincrónicas (10%) o híbridas (20%) (Ver Gráfico 3). Dichas sesiones tienen una duración variada. Por un lado, en la mayoría de los casos, nos encontramos con sesiones de 45 minutos de duración (55%). El resto de intervenciones presentan una duración de 30 minutos (40%) o de 20 minutos (5%). Con los resultados anteriores hemos calculado que la duración media de las sesiones es de 37 minutos, la moda es de 45 minutos y la desviación típica es de 1,33 (Ver Gráfico 4).

Para llevar a cabo la sesión los usuarios utilizan diferentes medios: ordenador (35%), tableta (35%), móvil (20%) y un 10% utiliza otros medios no especificados (Ver Gráfico 5). Por otro lado, los *softwares* o *apps* utilizadas para llevar a cabo las sesiones son variadas: *Zoom* (40%), *Facetime* (15%), *WhatsApp* (15%), *Skype* (10%) y *Hangouts* (10%). Otras aplicaciones como *Google meet* solo tienen un representante en este estudio (Ver Gráfico 6).

Los usuarios llevan a cabo la sesión en diferentes estancias de la casa: salón (35%), por toda la casa (25%), habitación (20%) y despacho (20%) (Ver Gráfico 7) y están acompañados de un coterapeuta, que en la mayoría de los casos son los padres (75% madre y 45% padre). En otros casos los coterapeutas son los abuelos (10%) o los cuidadores (5%) (Ver Gráfico 9). Las características generales de los coterapeutas de nuestros usuarios son: atento (55%), paciente (45%), comprensivo (45%), exigente (35%), afectivo (34%), tranquilo (30%), tolerante (20%),

preocupado (20%), sensible (20%), colaborador (5%) y ansioso (5%) (Ver Gráfico 9). Junto con todo lo anterior, nos encontramos entornos tranquilos (65%), colaborativos (45%), disciplinado (30%), afectivo (25%), permisivo (20%), ruidoso (15%), estructurado (5%) y poco estructurado (5%) (Ver Gráfico 10).

De todos los participantes, el 60% de los profesionales no utilizan actividades interactivas durante las sesiones. En cambio, el 40% de los profesionales sí utilizan *apps*. También, hemos podido analizar que todos los profesionales han utilizados en sus sesiones estrategias facilitadoras para la comunicación y el lenguaje para llevar a cabo la sesión y asesorar a los coterapeutas. Estas estrategias han sido el refuerzo de la confianza y capacidad de los usuarios y coterapeutas (90%), el apoyo gestual y visual (75%), ofrecer oportunidades de aprendizaje (65%), el aprovechamiento de los entornos naturales de interés para la motivación (65%), el modelado (65%), el desarrollo de las aptitudes de observación de los padres (60%), el respeto de todas las producciones del niño (55%), el aprovechamiento de las rutinas diarias (40%), la escucha activa (35%), el refuerzo social (30%), la facilitación de la comprensión del lenguaje utilizando un lenguaje sencillo (25%), la ampliación de la información (15%) y/o la contraimitación (5%) e imitación (5%).

Gráfico 3. Tipo de tele-intervención

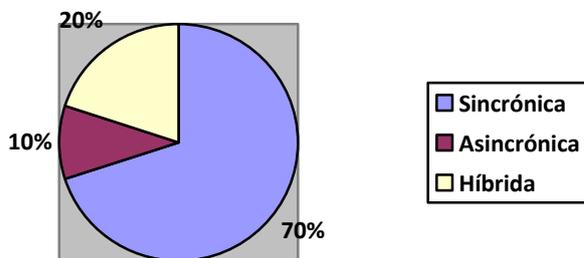


Gráfico 4. Duración de las sesiones

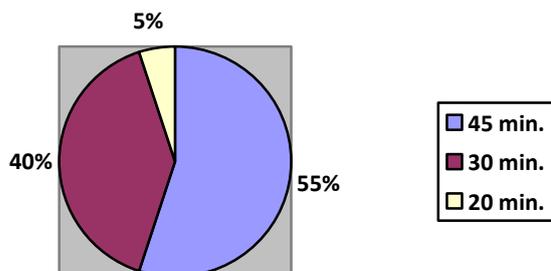


Gráfico 5. Medio utilizado

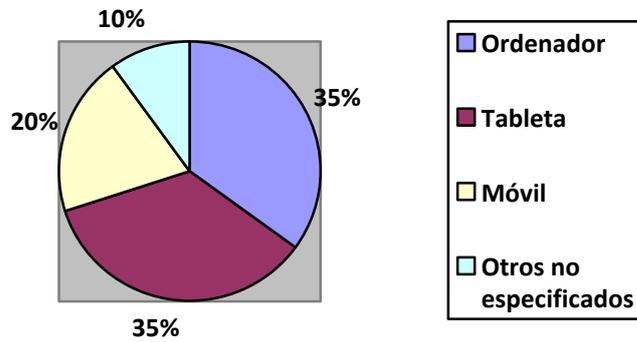


Gráfico 6. Softwares/Apps

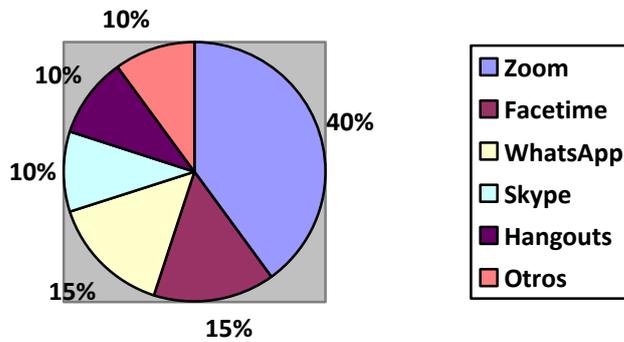


Gráfico 7. Lugares de la sesión

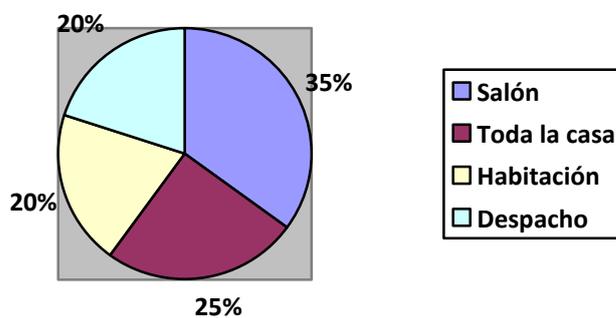


Gráfico 8. Características del entorno

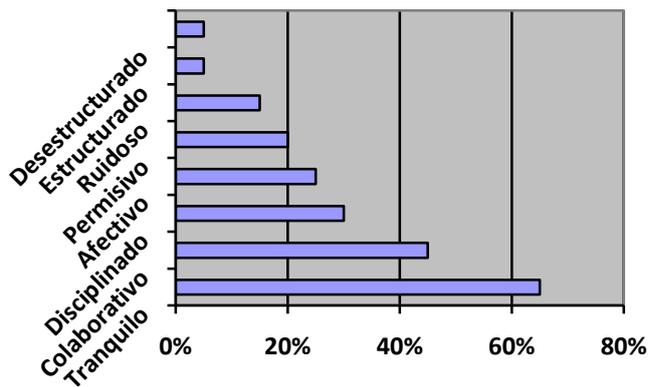


Gráfico 9. Coterapeuta

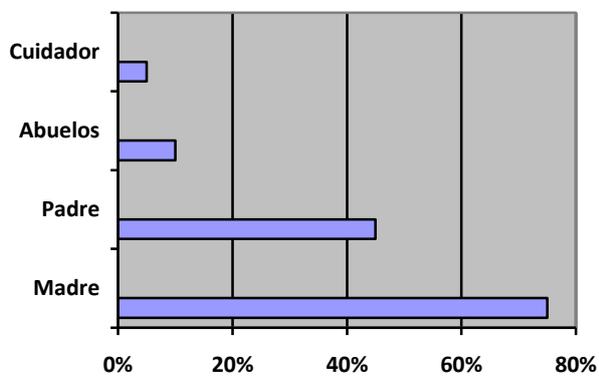
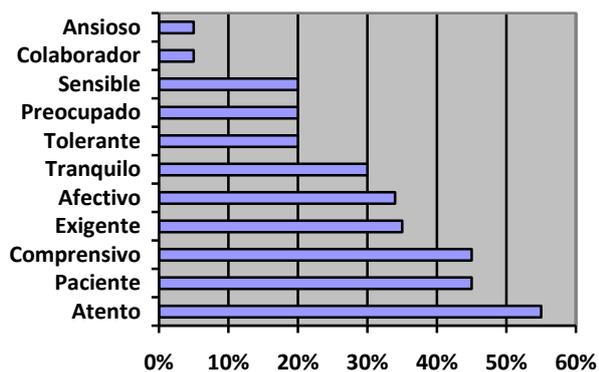


Gráfico 10. Características del coterapeuta



3.1.3. En relación con la percepción de la eficacia de la intervención

A lo largo de las intervenciones llevadas a cabo de manera telemática por logopedas, estos se han encontrado con ciertas dificultades que han dificultado el trabajo. Los problemas que más se han resaltado en las encuestas han sido la colaboración del niño (45%), la conexión (25%), la implicación del coterapeuta (25%), la fluidez de la comunicación (25%), y la atención del niño

(25%). Además, aunque en menor medida, han aparecido otro tipo de dificultades como son la falta de contacto (15%), el ambiente (15%), el material (15%), la inseguridad del coterapeuta (10%) y el comportamiento del niño o niña poco regulado por el coterapeuta (5%). Por otro lado, se han encontrado puntos fuertes de la tele-intervención. Según la percepción de los profesionales que han realizado la encuesta han valorado de manera positiva la participación de la familia en la sesión (80%), la intervención en entornos naturales (70%), el ahorro de tiempo (45%), la facilitación de la movilidad (30%), el descenso de las ausencias a las sesiones (15%), la facilidad para realizar trabajos interdisciplinares con otros profesionales (15%) y la continuidad del trabajo (aunque sea de mantenimiento) ante la imposibilidad de acudir de manera presencial (5%).

La percepción de la eficacia del tratamiento fue contabilizada del 1 al 10, siendo 1 lo mínimo y 10 lo máximo. Según los profesionales la eficacia ha sido de: un 6 (30%), un 7 (20%), un 8 (15%), un 5 (10%), un 1 (5%), un 2 (5%), un 3 (5%), un 9 (5%) y un 10 (5%). La moda de los resultados es un 6, la media es de un 6,15 y la desviación típica es de 2,06 (Ver Gráfico 11). En cuanto al grado de percepción de la eficacia del tratamiento según lo que dicen los profesionales de la percepción de los padres ha sido: 9 (20%), 7 (20%), 8 (15%), 6 (15%), 5 (10%), 3(10%), 2 (5%) y 4 (5%). La media ha sido 6, la moda 7 y 9 y la desviación típica 2,08 (Ver Gráfico 12). Del mismo modo, el grado de satisfacción al realizar tele-intervención como logopeda, ha sido: 9 (25%), 10 (20%), 6 (15%), 7 (15%), 8 (15%) y 3 (10%). La moda de los resultados ha sido 9, la media 7,7 y la desviación típica 2,17 (Ver Gráfico 13).

Gráfico 11. Eficacia del tratamiento (logopedas)

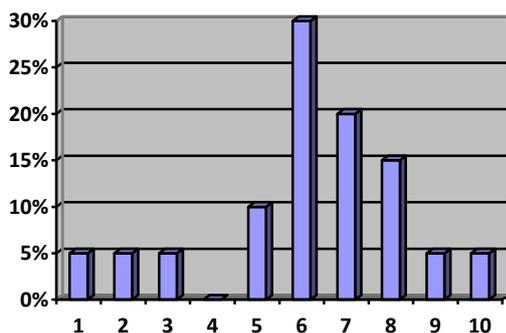


Gráfico 12. Grado satisfacción (padres)

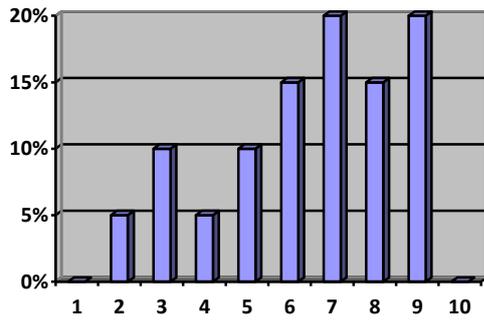
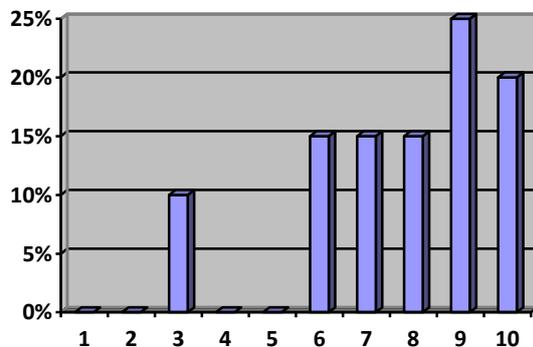


Gráfico 13. Grado satisfacción (coterapeuta)



3.2. Análisis cualitativo

El análisis cualitativo se realiza a partir de las respuestas a las preguntas abiertas de la encuesta. Después de transcribir los resultados de las preguntas abiertas y hacer un grillado de las respuestas clasificándolas por ejes temáticos y similitudes en las contestaciones de los entrevistados en cada pregunta, procedemos a exponer el análisis realizado.

3.2.1. Materiales utilizados

Los materiales que se han utilizado en la tele-intervención logopédica han sido muy variados pero a la vez repetidos por la mayoría de los participantes en la encuesta. Dichos materiales han sido cuentos, láminas, pictogramas, fotografías familiares, imágenes, juguetes del usuario (pelotas, muñecos, peluches, entre otros), juegos de mesa, puzzles, comunicadores, tabletas, pomperos, fichas, presentaciones de Power Point, canciones, videos, objetos reales de la casa para denominar o realizar rutinas (cubiertos, objetos del baño, asesorios del hogar, prendas de vestir, etc.), alimentos y material escolar (lápices, tijeras, pegamento, colores, etc.).

3.2.2. Aplicaciones utilizadas

Como hemos dicho anteriormente, el 40% de los profesionales que han participado en el estudio han utilizado *apps* durante las sesiones de logopedia de manera telemática. Las *apps* que se han utilizado durante las sesiones han sido: Soy visual (*app* con actividades interactivas para el desarrollo del lenguaje, permitiendo un aprendizaje autónomo, adaptado al propio ritmo del niño), José aprende (colección de cuentos adaptados a pictogramas), Arassac repositorio de contenidos de calidad relativos a la Comunicación Aumentativa y Alternativa), PICCA (*app* para diseñar actividades), Araword (procesador de textos que permite la escritura simultánea de texto y pictogramas), Dictapicto (permite pasar un mensaje de voz o escrito a imágenes de forma inmediata) y aplicaciones para el comunicador como Proloquo2go y Grid.

3.2.3. Dificultades en las sesiones de tele-intervención logopédica

En general, los logopedas que han participado en el estudio se han encontrado a lo largo de sus sesiones dificultades relacionadas con la colaboración del niño, la implicación del coterapeuta, la fluidez de la comunicación, la atención del niño, la falta de contacto, el ambiente, los materiales, y las características del coterapeuta. Las dificultades concretas encontradas por los profesionales en este tipo de intervenciones han sido: la permisividad de los padres en cuanto a los niños, que hace que, en muchos casos, los niños estén disperso y poco colaborativos; bajos conocimientos informáticos de los padres para resolver problemas de volumen, imagen, conexión, etc.; dificultad para tener la atención del niño; falta de implicación del coterapeuta por falta de confianza, seguridad, motivación, estado de ánimo y/o ganas; contexto condicionado al estado de ánimo del coterapeuta; ruido durante la sesión; y falta de preparación del material y del entorno antes de comenzar la sesión para no perder tiempo en el momento en el que estemos conectados.

3.2.4. Relación entre características del coterapeuta y percepción de la eficacia del tratamiento

Se han analizado de manera individual cada una de las encuestas realizadas y se ha podido ver que existe una relación directa entre las características del coterapeuta y la percepción de la eficacia del tratamiento, según los la visión del logopeda.

Los coterapeutas atentos, pacientes, comprensivos, afectivos y sensibles tienen una puntuación en los niveles de satisfacción del trabajo superiores a 6. En cambio, los que no presentan estas características y/o presentan otras como permisivos, inseguros o exigentes tienen una puntuación de satisfacción del tratamiento inferior a 6. Además, en las sesiones donde las cualidades del

coterapeuta son las citadas en el primer grupo se ha podido observar que hay un menor número de dificultades añadidas a la sesión.

3.2.5. Relación del contexto y la percepción de la eficacia del tratamiento

Al analizar de manera individual cada una de las encuestas realizadas, hemos podido observar que existe una relación directa entre el contexto donde se lleva a cabo la sesión y la percepción de la eficacia y satisfacción del tratamiento.

Hemos podido observar que en los tratamientos donde las sesiones se dan en contextos ruidosos, permisivos, poco colaborativos e indisciplinados, la percepción de satisfacción tanto de los profesionales como de los coterapeutas, según la percepción del logopeda, son muy inferiores a los resultados obtenidos de sesiones en contextos tranquilos, colaborativos, disciplinados y afectivos.

3.2.6. Relación del material utilizado y la percepción de la eficacia del tratamiento

Aunque la mayoría de los encuestados han utilizado en sus sesiones materiales muy similares, hay algo que diferencia a unos profesionales de otros: el uso de *apps* durante sus sesiones. En las encuestas en las que el logopeda utiliza *apps* no existen ningún tipo de comentario en el que la atención del usuario y la poca motivación sean un problema. Esto nos hace pensar que el uso de *app* podría resultar positivo para mejorar la atención y la motivación de los usuarios.

4. Discusión

Definir la eficacia de la tele-intervención logopédica centrada en la comunicación y el lenguaje de niños de 0 a 6 años estudiando el entorno, las características de la intervención y el rol de la familia como coterapeuta ha sido nuestro objeto de estudio. Tras el análisis de los datos recogidos en la encuesta trataremos de dar respuesta a las preguntas que en un inicio nos hicimos: ¿Cuál es la percepción de logopedas y familiares de la eficacia de la tele-intervención logopédica en niños de 0 a 6 años con dificultades en la comunicación y el lenguaje? ¿Cómo debe ser el entorno del niño durante la práctica? ¿Qué tipo de materiales favorecen el desarrollo de la comunicación y el lenguaje en este tipo de intervenciones? ¿Cuál es el papel del coterapeuta en la sesión?

Tras el análisis de los datos recogidos podemos afirmar que la muestra que hemos analizado nos da datos de niños de entre 3 y 6 años con dificultades en la comunicación y el lenguaje cuyas principales patologías son TDL y TEA. En cuanto a las características de la intervención podemos

observar que la mayoría de los logopedas que utilizan la tele-intervención lo hacen de manera sincrónica dando sesiones de unos 37 minutos de media a través de *softwares* y/o *apps* variadas, siendo la más popular *Zoom*. Los usuarios se conectan desde diferentes dispositivos (ordenadores, tabletas o móviles) y lo hacen en diferentes estancias de la casa, algunos incluso por toda la casa, en entornos muy variados según la familia (tranquilos, ruidosos, afectivos, colaborativos, estructurados, etc.). Los coterapeutas suelen ser los padres aunque a veces también intervienen los abuelos y/o cuidadores. Las características de estos son muy diferentes dependiendo de la familia (colaboradores, preocupados, sensibles, comprensivos, inseguros, exigentes, tolerantes, etc.). En cuanto a los materiales hemos podido ver una gran cantidad de similitudes. La gran mayoría de profesionales utilizan el mismo tipo de estrategias para la adquisición de la comunicación y el lenguaje y materiales (materiales escolares, utensilios del hogar, imágenes, láminas, pomperos, juguetes del niño, etc.). La gran diferencia radica en que hay algunos profesionales que usan *apps* durante sus sesiones y otros que no las usan. Las *apps* que utilizan son todas relacionadas con SAAC. Por otro lado, en cuanto a la eficacia del tratamiento, se han recogido datos sobre las dificultades y ventajas de la tele-intervención y sobre el grado de satisfacción de los logopedas y las familias. Se han encontrado dificultades en relación a la colaboración y atención del niño, a la conexión, a la fluidez de la comunicación, a la falta de contacto y a problemas en cuanto al ambiente, al material y a las características del coterapeuta. En cuanto a los puntos fuertes de este tipo de intervenciones, destacan la participación de la familia en la sesión, la intervención en entornos naturales, el ahorro de tiempo y la facilitación de la movilidad. La eficacia media del tratamiento contabilizada del 1 al 10 según los logopedas participantes ha sido de un 6,15, el grado medio de satisfacción al realizar tele-intervención como terapeuta del 1 al 10 ha sido de 7,7 y el grado medio de satisfacción de los padres, según los logopedas, en relación a la tele-intervención ha sido 6.

Hemos podido ver, tras el análisis de los datos, que la telepráctica logopédica, según los profesionales entrevistados, tiene eficacia, en niños de 3 a 6 años con dificultades en la comunicación y/o lenguaje, tal y como la evidencias nos demuestran (Akemoglu et al., 2020; Igualada, 2020; Plena Inclusión, 2020; Houston, 2013) ya que estas promueven las prácticas recomendadas en atención temprana y el logro de los resultados, aumentan el uso de la práctica centrada en la familia, intensifica la participación de otros miembros de la familia, ofrece oportunidades para la participación de otros profesionales pudiéndose realizar con mayor facilidad encuentros transdisciplinares al reducir el tiempo destinado al desplazamiento y, también, se disminuyen las dificultades de desplazamiento (Plena Inclusión, 2020). En nuestro estudio, todos los puntos mencionados anteriormente relacionados con los beneficios de la tele-intervención resultan evidentes, pero no todos presentan el mismo reconocimiento entre la población

entrevistada. Los beneficios que destacan por encima de todos son la intervención en entornos naturales, la participación de la familia en las sesiones y el ahorro de tiempo.

Como sabemos la tele-intervención logopédica también presenta barreras que impiden que la implementación sea perfecta como lo problemas de conexión o tecnológicos (audio, video, imagen, etc.), las dificultades con el uso tecnológico por falta de familiarización con las herramientas, los problemas para tener el material listo para aprovechar al máximo la sesión, la incertidumbre de la familia por no entender o saber sobre las estrategias y planificación de la sesión, llevar a cabo las sesiones en lugares inapropiados con muchos distractores, la falta de contacto físico con los pacientes, entre otras (Tucker, 2012). En nuestro estudio se han hecho visibles todas estas situaciones y, además, se ha incluido la falta de atención de los niños a la lista de dificultades. Esta dificultad se ha visto menos afectada cuando en las sesiones se ha incluido material motivador con *apps* y, además, cuando se han incorporado estrategias para el aprendizaje de la comunicación y el lenguaje tales como la motivación, el aprovechamiento de intereses y el refuerzo social positivo. Por otro lado, hemos comprobado que el contexto puede llegar a ser una barrera para la intervención ya que los niños se favorecen de contextos tranquilos, afectivos, estructurados y disciplinados.

En el plano de la atención logopédica infantil, se ha demostrado que la telepráctica es una modalidad efectiva para llevar a cabo capacitación y entrenamiento para padres para apoyar las habilidades de lenguaje y comunicación de niños pequeños (Akemoglu et al., 2020). En el estudio mencionado se corrobora la eficacia del uso de entornos naturales y la participación de los padres como coterapeutas en intervenciones relacionadas con el lenguaje y la comunicación en niños (Tomeny et al., 2019). Esto se hace latente en nuestra investigación ya que, como hemos mencionado en el análisis, los resultados de las sesiones donde los coterapeutas presentaban características personales apropiadas para fomentar un clima apropiado de trabajo han sido notablemente mayores que las sesiones en las que los coterapeutas no tenían dichas características. Pese a todo, se debería estudiar los beneficios de trabajar de manera individual con los padres que necesiten ayuda para poder hacer el trabajo de coterapeuta con éxito.

Las limitaciones de dicho estudio han sido la dificultad para obtener un mayor número de participantes y la falta de representantes de usuarios con diferentes patologías. Un mayor número de participantes y usuarios habría generado mayor evidencia, al contar con más representación poblacional. A pesar de lo anterior, hemos podido comprobar que para el éxito de la tele-intervención logopédica se necesita un entorno tranquilo, colaborativo, estructurado y afectivo; un coterapeuta con características tales como la paciencia, la sensibilidad, la confianza y la atención;

el uso de materiales motivadores para el niño que le permitan no perder la atención como las apps; y el uso de estrategias que faciliten el aprendizaje de la comunicación y el lenguaje.

Las líneas futuras de estudios estarían basadas en investigar de manera minuciosa cada uno de los apartados descritos en este estudio: eficacia por patologías, eficacia por características de la sesión donde se determine cuáles son los mejores recursos a utilizar y cuáles son las características más apropiadas para llevar a cabo la tele-intervención logopédica (tiempo de la sesión, materiales, entorno, etc.), buscar soluciones a las dificultades que se presentan y seguir esforzándonos en analizar las ventajas que este tipo de intervención nos proporciona, y analizar el nivel de satisfacción de los padres en base a sus características personales y a las características de la intervención.

Agradecimientos

A mis docentes y en especial a mi tutora por su ayuda, paciencia y dedicación. Agradecerles también a todos los participantes por haber dedicado su tiempo e interés a la hora de realizar la encuesta y a toda mi familia por darme ánimo durante este proceso.

Referencias bibliográficas

Akemoglu, Y., Muharib, R. y Meadan, H. (2020). A Systematic and Quality Review of Parent-Implemented Language and Communication Interventions Conducted via Telepractice. *Journal of Behavioral*, 29(2), (282-316). <https://doi.org/10.1007/s10864-019-09356-3>

Brown J. (2011). ASHA and the evolution of telepractice. *Perspectives on Telepractice*, 1(1), (4–9). <https://doi.org/10.1044/tele1.1.4>

Cason, J. y Cohn, E. (2012). Telepractice: a wide-angle view for persons with hearing loss. *Volta Review*, 112(3), (207-226). DOI:[10.17955/tvr.112.3.m.706](https://doi.org/10.17955/tvr.112.3.m.706)

Chantal Camden, Gabrielle Pratte, Florence Fallon, Mélanie Couture, Jade Barbari y Michel Tousignant. (2019). Diversity of practices in telerehabilitation for children with disabilities and effective intervention characteristics: results from a systematic review, *Disability and Rehabilitation*, 42(24), (3424-3436). <https://doi.org/10.1080/09638288.2019.1595750>

Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana (GAT). (2020). *Libro Blanco de la Atención Temprana*. Real Patronato sobre Discapacidad.

Houston, K. T. (2013). *Telepractice in speech-language pathology*. Plural Publishing.

Igualada, A. (2020). Telepráctica en logopedia: ¿Una reacción al Covid-19? *Salud con Ciencia. Blog de los Estudios de la Salud de la UOC*. Recuperado a fecha [27/03/2021]. <https://cienciasdelasalud.blogs.uoc.edu/telepractica-en-logopedia-reaccion-covid19-teleintervencion/>

Karr, S. (2012). School Matters: Getting to Know Telepractice. *The ASHA Leader*. Recuperado de <http://www.asha.org/Publications/leader/2012/121009/School-Matters--Getting-to-KnowTelepractice.htm>

Neely, L., Rispoli, M., Gerow, S., Hong, E. R., y Hagan-Burke, S. (2017). Fidelity outcomes for autism focused interventionists coached via telepractice: A systematic literature review. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 29(6), (849–874). <https://doi.org/10.1007/s10882-017-9550-4>.

Plena Inclusión. (2020). *Cómo implementar la tele-intervención en atención temprana* [en línea]. <https://www.plenainclusion.org/informate/publicaciones/como-implementar-la-teleintervencion-en-la-atencion-temprana>

Tomeny, K. R., McWilliam, R. A., & Tomeny, T. S. (2019). Caregiver-implemented intervention for young children with autism spectrum disorder: A systematic review of coaching components. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 7, (168-181). <https://doi.org/10.1007/s40489-019-00186-7>

Tucker, J.K. (2012). Perspectives of Speech-Language Pathologists on the Use of Telepractice in Schools: The Qualitative View. *International Journal of Telerehabilitation*, 4(2), (50-55). <https://doi.org/10.5195/ijt.2012.6102>

Anexos

- **Modelo del documento de información para el otorgamiento del consentimiento y de la recogida y tratamiento de datos de carácter personal.**

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN PARA EL OTORGAMIENTO DEL CONSENTIMIENTO Y DE LA RECOGIDA Y TRATAMIENTO DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL

_____, estudiante del grado de Logopedia de la Universitat Oberta de Catalunya (UOC) y de la Universidad Central de Catalunya (UCC-UVic), informa a *[nombre y apellidos del participante]* de los objetivos del proyecto para el cual se requiere la recogida de sus datos de carácter personal. Asimismo, le informa sobre la metodología que se empleará para el desarrollo de dicho trabajo y sobre el tratamiento de los datos que se llevará a cabo.

OBJETIVO DEL PROYECTO

La recogida de datos se produce dentro del contexto de la realización del Trabajo Final de Grado (TFG) del grado en Logopedia. Dicho trabajo consiste en analizar la eficacia de la tele-intervención logopédica en niño hasta seis años con dificultades en la comunicación y el lenguaje y la ayuda del coterapeuta.

QUIÉN PARTICIPA EN EL PROYECTO Y CÓMO PARTICIPA

Los participantes serán seleccionados por el estudiante.

Su participación consiste en la realización de una serie de cuestionarios y/o entrevistas con el fin de recoger toda la información relevante para el trabajo de investigación. Esto incluye información sobre variables sociodemográficas, hábitos alimentarios, actividad física, etc.

Los datos recogidos pueden variar en función de las necesidades del proyecto.

LA PARTICIPACIÓN ES VOLUNTARIA

La participación en el proyecto es voluntaria, por lo que usted tiene el derecho de decidir no participar. Si elige participar tiene el derecho de abandonar el estudio en cualquier momento. Si decide no participar o abandonar el proyecto antes de que este finalice, su decisión no afectará a su relación con el estudiante ni se le aplicará ningún tipo de penalización.

El estudiante tiene el deber de informarle de cualquier cambio en el objeto del proyecto y la forma de participación, para que usted pueda expresar su voluntad de continuar o no participando en el proyecto.

DERECHOS DEL ESTUDIANTE

El estudiante tiene el derecho de interrumpir su participación en el proyecto si determina que no es adecuado que usted continúe participando en él, si puede ser peligroso para usted continuar participando en él o si no sigue sus indicaciones para participar en él.

CONFIDENCIALIDAD Y PROTECCIÓN DE LOS DATOS DE CARÁCTER PERSONAL

RESPONSABLE

La responsabilidad del tratamiento y la custodia de los datos de la persona interesada recaen en _____. Los datos de contacto del estudiante son los siguientes:

- Dirección postal o teléfono:

- Correo electrónico:

FINALIDAD

Los datos de la persona interesada se recogerán y serán tratados con el objeto de elaborar un programa de intervención o trabajo de investigación, tal y como se requiere para la realización del Trabajo de Fin de Grado.

Los datos se conservarán durante un plazo de 5 años. Pasado este tiempo, los datos serán bloqueados hasta que transcurran los plazos de prescripción aplicables.

En el supuesto de que la persona interesada decidiera abandonar el proyecto antes de que finalice, podrá solicitar la supresión de sus datos. En dicho caso, estos quedarán bloqueados hasta que, si procede, transcurran los plazos de prescripción aplicables.

LEGITIMACIÓN

La base legal del tratamiento de los datos de la persona interesada que se recogen, así como aquellos que puedan generarse de la ejecución de este proyecto, es el consentimiento de dicha persona. En cualquier momento esta podrá optar por abandonar el proyecto y, de darse el caso, solicitar la supresión de los datos facilitados y, también, la de aquellos que se hayan generado hasta el momento.

DESTINATARIOS

Los datos de la persona interesada no serán cedidos por el estudiante a ningún destinatario. Si bien, una vez finalizado el proyecto, el trabajo podrá ser publicado en repositorio institucional de la universidad o en cualquier otro formato de carácter científico o docente. En ningún caso, los datos publicados podrán vincularse con la identidad del participante respetando el anonimato en todo momento.

DERECHOS

La persona interesada tendrá derecho a obtener confirmación sobre si el estudiante está tratando o no datos personales que le incumben.

Las personas interesadas tendrán derecho a acceder a sus datos personales, así como a solicitar la rectificación de los datos inexactos o, si se da el caso, solicitar su supresión cuando, entre otros motivos, ya no sean necesarios para los fines para los que fueron recogidos.

En determinados supuestos, el interesado tendrá derecho a solicitar la limitación del tratamiento de sus datos, caso en el que únicamente se conservarán para el ejercicio o defensa de reclamaciones.

En determinadas circunstancias y por motivos relacionados con su situación particular, la persona interesada podrá oponerse al tratamiento de sus datos. En tales circunstancias, el estudiante dejará de tratarlos, a menos que existan motivos legítimos imperiosos o para el ejercicio o la defensa de posibles reclamaciones.

En cualquier caso, el estudiante comunicará cualquier reclamación o supresión de datos personales, así como cualquier limitación del tratamiento efectuado, a cada una de las personas destinatarias a las que hayan sido comunicados, a menos que ello suponga o exija un esfuerzo desproporcionado.

La persona interesada tendrá derecho a oponerse en cualquier momento, por motivos relacionados con su situación particular, a que datos que le conciernan sean objeto de un tratamiento basado en el interés público o legítimo perseguidos por el estudiante o un tercero, incluida la elaboración de perfiles.

Asimismo, la persona interesada tendrá derecho a no ser objeto de una decisión basada únicamente en el tratamiento automatizado, incluida la elaboración de perfiles, que produzca efectos jurídicos en ella o le afecte significativamente.

Los referidos derechos de acceso, rectificación, supresión y oposición, así como los demás derechos reconocidos por la normativa vigente, podrán ser ejercidos mediante la solicitud directa al estudiante.

CON QUIÉN CONTACTAR EN CASO DE DUDA

Si tiene alguna duda sobre este proyecto debe contactar con [REDACTED], en el teléfono [REDACTED] o la dirección electrónica [REDACTED]

En consecuencia,

Yo, [nombre y apellidos del participante], declaro que;

He leído el documento de información, he podido hacer preguntas y he recibido suficiente información sobre el proyecto.

Entiendo que mi participación es voluntaria.

Entiendo que puedo retirarme del proyecto cuando quiera sin tener que dar explicaciones y sin que ello tenga ninguna consecuencia negativa para mí.

He leído detenidamente la siguiente información básica sobre protección de datos:

RESPONSABLE: _____

FINALIDAD: Elaboración del Trabajo de Fin del Grado de Logopedia de la Universitat Oberta de Catalunya (UOC) y la Universidad Central de Catalunya (UCC-UVic).

LEGITIMACIÓN: Consentimiento de la persona interesada

DESTINATARIOS: No se cederán los datos facilitados a terceros. Únicamente serán publicados de forma anónima (sin que se pueda identificar la identidad del participante) en un contexto científico y/o docente.

DERECHOS: Acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, tal como consta en la información adicional.

Doy libremente mi consentimiento para participar en el proyecto.

Si el/la participante es menor de edad o incapaz de dar consentimiento

....., de años de edad, con DNI

núm....., en calidad de del participante, y dada la imposibilidad por mí reconocida de que el participante dé su consentimiento, autorizo libre y voluntariamente su participación en el proyecto.

Fecha: _____ Firma del participante: _____

(Para rellenar por el/la participante)

Fecha: 10/04/2021 Firma del estudiante:

- **Enlace y modelo de la encuesta realizada**

<https://forms.gle/JB7qxYLEGA7KjAjH6>

TELE-INTERVENCIÓN LOGOPÉDICA CENTRADA EN LA COMUNICACIÓN Y EL LENGUAJE DE NIÑOS DE 0 A 6 AÑOS.

PACIENTE

1. ¿Qué edad tiene el usuario?

0 1 2 3 4 5 6

2. ¿Qué patología presenta el usuario?

- TEA
- Trastorno del Lenguaje (TDL/TEL)
- Mutismo selectivo
- Dislalia
- Disglosia
- Pérdida Auditiva
- Disfasia

- Disfemia
- Taquifemia
- Otro: _____

INTERVENCIÓN

1. ¿Qué tipo de tele-intervención suele utilizar?

- Sincrónica
- Asincrónica
- Híbrida

2. ¿Cuál es la duración de la sesión?

- 30 min
- 45 min
- 1h
- Otra: _____

3. ¿Qué medio utiliza el usuario para llevar a cabo la sesión?

- Móvil
- Tableta
- Ordenador
- Otro: _____

4. ¿Qué *software* o *app* utiliza para llevar a cabo la sesión?

- Skype*
- Google meet*
- Hangout*
- Discord*
- Zoom*
- Facetime*
- Whatsapp*
- Otro: _____

5. ¿Dónde lleva a cabo la sesión el paciente?

- Habitación
- Despacho
- Salón
- Otro: _____

6. ¿Cómo es el entorno del paciente durante la sesión? (Puede seleccionar más de una opción)

- Tranquilo
- Ruidoso
- Colaborativo
- Permisivo
- Disciplinado
- Afectivo
- Otros: _____

7. ¿Quién es el coterapeuta durante la sesión? (Puede seleccionar más de una opción)

- Padre
- Madre
- Hermano
- Abuelos
- Cuidador/a
- Otro: _____

8. ¿Qué características tiene el coterapeuta? (Puede seleccionar más de una opción)

- Paciente
- Atento
- Comprensivo
- Tolerante
- Preocupado
- Tranquilo
- Afectivo
- Sensible
- Exigente
- Otro: _____

9. ¿Qué materiales utiliza en la sesión? (máximo 50 palabras)

10. ¿Emplea apps para realizar actividades interactivas durante la sesión?

No

Si

Si respondió Sí en la pregunta anterior: ¿Qué app para realizar actividades interactivas durante la sesión emplea? (Máximo 20 palabras)

11. ¿Qué tipo de estrategias eficaces utiliza el logopeda durante la sesión?

- Refuerzo social
- Reforzar confianza y capacidad
- Modelado
- Ofrecer oportunidades de aprendizaje
- Aprovechar entornos de interés para la motivación
- Apoyo gestual o visual
- Aprovechamiento de rutinas diarias
- Ampliación de la información
- Respetar las producciones del niño
- Facilitar la comprensión del lenguaje utilizando un lenguaje sencillo
- Escucha activa
- Desarrollo de las aptitudes de observación de los padres
- Otras: _____

EFICACIA

1. ¿Qué tipo de dificultades se ha encontrado?

- Conexión
- Uso de la tecnología
- Fluidez de la comunicación
- Implicación del coterapeuta
- Colaboración del niño
- Ambiente
- Material
- Falta de contacto
- Otros: _____

2. ¿Qué dificultades concretas se ha encontrado? (máximo 50 palabras)

3. ¿Cómo valoraría el avance del paciente con la tele-intervención? (siendo 1 lo mínimo y 10 lo máximo)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

4. ¿Cuáles cree usted que son los puntos fuertes de la tele-intervención?

- Intervenciones en entornos naturales
- Participación de la familia en la sesión
- Ahorro de tiempo
- Menos ausencias
- Posibilidad de realizar trabajo interdisciplinar con otros profesionales con mayor facilidad.
- Facilita la movilidad
- Otros: _____

5. ¿Cuál es su grado de satisfacción al realizar tele-intervención como terapeuta? (siendo 1 lo mínimo y 10 lo máximo)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

6. ¿Cuál cree que es el grado de satisfacción de los padres en relación a la tele-intervención?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10