
Los informes de intervención logopédica

PID_00272206

Rebeca Sánchez Borrego

Tiempo mínimo de dedicación recomendado: 2 horas



**Rebeca Sánchez Borrego**

Diplomada en Logopedia. Máster internacional en Motricidad orofacial. Posgrado en Trastornos de la voz. Técnica superior en higiene bucodental. Docente y formadora en el ámbito de la salud y la educación. Directora del Centro de rehabilitación Corporación Fisiogestión - Sant Martí 22@, concertado por el Servei Català de la Salut.

El encargo y la creación de este recurso de aprendizaje UOC han sido coordinados por la profesora: Nadia Ahufinger Sanclemente

Primera edición: febrero 2020
© Rebeca Sánchez Borrego
Todos los derechos reservados
© de esta edición, FUOC, 2020
Av. Tibidabo, 39-43, 08035 Barcelona
Realización editorial: FUOC

Ninguna parte de esta publicación, incluido el diseño general y la cubierta, puede ser copiada, reproducida, almacenada o transmitida de ninguna forma, ni por ningún medio, sea este eléctrico, mecánico, óptico, grabación, fotocopia, o cualquier otro, sin la previa autorización escrita del titular de los derechos.

Índice

Introducción.....	5
1. Elaboración de informes logopédicos de intervención.....	7
1.1. ¿Qué es un informe de intervención logopédica?	8
1.2. Finalidad y objetivos de los informes de intervención	8
1.3. Estructura y registro	8
1.4. Intercambio de información con otros profesionales sanitarios, educativos, familiares o tutores	9
2. Tipos de informes de intervención logopédica según el momento de su elaboración.....	12
2.1. Informes iniciales de intervención	12
2.2. Informes de seguimiento de intervención	12
2.3. Informes finales de intervención	13
3. Qué es la LOPD. Aspectos legales que afectan al informe logopédico.....	14
Resumen.....	15
Bibliografía.....	17
Anexo.....	18

Introducción

Como profesionales especializados en los procesos de la comunicación humana, los logopedas tienen la obligación moral y profesional de interactuar de manera eficaz y eficiente con otros profesionales y con las personas a quien tratan. No solo se les presupone un dominio de la expresión oral, escrita y no verbal, sino que también se da por hecho el estudio de estas técnicas y su continuo perfeccionamiento (Dulcet, Grandi, Herrera, Vendrell, y Vila, 2002).

Dentro de la expresión escrita, en concreto, se incluye la elaboración de textos dirigidos a cualquier persona implicada en el proceso logopédico. Para elaborar correctamente esta clase de documentos, se presentan y se analizan varios ejemplos con la finalidad de conocer cómo se debe redactar un informe de intervención logopédica.

1. Elaboración de informes logopédicos de intervención

Una de las acciones que los logopedas llevan a cabo dentro de su actividad profesional es la **elaboración de diferentes documentos relacionados con datos de las personas a quien atienden**, ya sea en el ámbito sanitario, educativo o social (Mendizábal, Santiago, Jimeno, García, y Díaz-Emparanza, 2013). Son lo que llamamos **informes logopédicos**.

Un **informe** es un texto orientado a mostrar datos que sirvan a un tercero para conocer la situación de lo que se está tratando, e incluso para tomar una decisión al respecto.

Considerados profesionales sanitarios desde 2003, según la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de profesiones sanitarias¹, los logopedas utilizan la información clínica detallada en dichos documentos para establecer comunicación con los diferentes agentes implicados en su actividad asistencial. Es lo que llamamos un **informe clínico ordinario**.

⁽¹⁾Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias (28 de marzo del 2014). BOE núm. 280 de 22 de noviembre de 2003. 2014; 1-29.

El **informe clínico ordinario** se realiza en cualquier momento de la patología a tratar, y expone datos diagnósticos, terapéuticos, evolutivos o de resultados.

Cuando la finalidad del informe implica su utilización en juicios, tribunales o circuitos legales, estamos ante un **informe de peritaje**. Ambos tipos de informes tendrán una estructura y un contenido concretos que permitirán desarrollar al detalle la situación del paciente, así como una conclusión que analizará las consecuencias de la patología (Mendizábal *et al.*, 2013).

Para la redacción del informe logopédico ordinario se utilizan fuentes diversas de extracción de la información. El informe logopédico puede mostrar datos obtenidos durante una situación de contexto natural o clínico (García, 2011). A partir de la observación, anamnesis, protocolos o escalas, se deben medir rigurosa, ordenada y objetivamente los aspectos relativos a la patología a tratar.

La redacción del texto debe ser expositiva y valorativa y describir de manera neutral y objetiva la información relativa al paciente y a su tratamiento: desde la historia clínica, las pruebas aplicadas para su diagnóstico y el seguimiento, hasta los objetivos de la terapia.

1.1. ¿Qué es un informe de intervención logopédica?

Un **informe de intervención logopédica** es todo documento que recoja datos clínicos sobre la terapia logopédica llevada a cabo con un paciente. Los datos pueden hacer referencia al diagnóstico (informe inicial), al seguimiento (informe evolutivo) o al resultado (informe final o alta) de la intervención (Mendizábal *et al.*, 2013).

La actividad profesional del logopeda puede llevarse a cabo en el ámbito sanitario, sociosanitario o educativo. Según el contexto en el que se elabore el escrito, será necesario adecuar el contenido, la expresión escrita o la extensión del mismo para que la comunicación sea eficaz.

1.2. Finalidad y objetivos de los informes de intervención

En función del propósito del informe de intervención, este deberá contener una cantidad de información concreta destinada a lograr el objetivo establecido. Así mismo, los objetivos también estarán relacionados con los destinatarios de los documentos.

Por lo tanto, **la finalidad y el objetivo del informe de intervención determinarán el contenido y el tipo de redactado** del mismo.

Ejemplo

Un informe de seguimiento de la intervención enfocado a solicitar una prueba de imagen para descartar alteraciones orgánicas en la función respiratoria se centrará en describir objetivamente la clínica del paciente, así como los resultados de la exploración que hayamos llevado a cabo. De este modo justificaremos de manera **expositiva** la solicitud de la prueba. Todo lo relativo al tratamiento y a los objetivos terapéuticos que nos hayamos marcado no será relevante en este informe.

Sin embargo, si lo que queremos es que se valore la opción de una intervención quirúrgica ante una obstrucción respiratoria, será importante exponer en el informe final de intervención no solo los datos de la exploración inicial, sino también los resultados obtenidos tras nuestra intervención, los objetivos trabajados y el pronóstico de la patología tras una intervención conservadora. En este caso, nuestro texto será **argumentativo**, con la finalidad de convencer a la persona interlocutora mediante nuestros razonamientos.

Cuanto más conciso, riguroso y persuasivo sea el redactado, mayores probabilidades de éxito tendremos en la finalidad de nuestro informe.

1.3. Estructura y registro

Como cualquier texto escrito, el informe logopédico de intervención debe tener una estructura que dote de unidad y de sentido al conjunto del texto. Desde el punto de vista comunicativo, el texto debe ser adecuado, coherente y cohesionado. En la adecuación, elegiremos el registro idiomático que usaremos: culto, formal o coloquial. En la coherencia, debemos elegir una escritura que transmita unidad y relevancia para nuestro interlocutor: no basta con re-

citar un listado de ideas y de conclusiones si no hay una relación lógica entre ellas. La cohesión relacionará las ideas y facilitará su organización y devenir (Mendizábal *et al.*, 2013).

Debemos tener claro qué queremos escribir antes de materializarlo: la finalidad, a quién va dirigido y qué contenido debe tener. Es bueno que antes de escribir nuestros primeros informes realicemos un esquema o un mapa conceptual de lo que queremos decir. La página <https://www.mindomo.com/es/> puede ayudar a dibujar una ruta clara de trabajo con objetivos y cronología.

Un informe logopédico de intervención siempre contendrá la siguiente relación de datos:

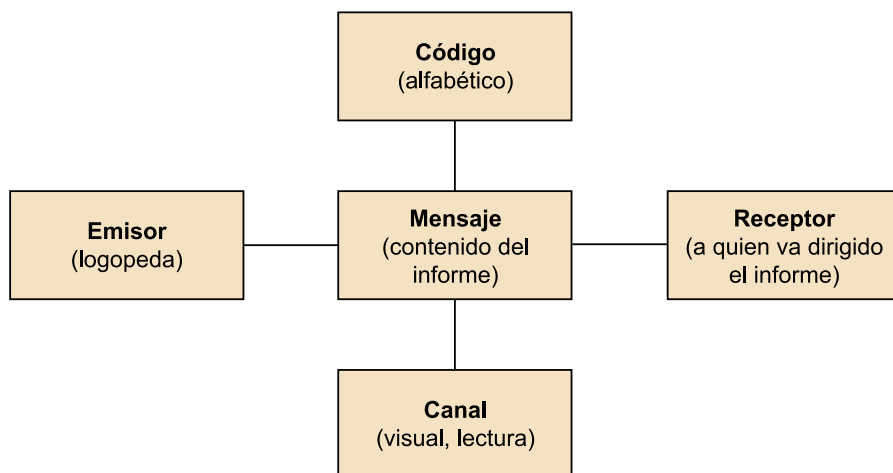
- Datos de la persona que recibe el tratamiento (nombre, edad y otros datos relevantes).
- Datos del profesional (nombre, número de colegiado, centro).
- Datos de la intervención (anamnesis, exploración y conclusiones, según el tipo de informe).

La estructura seguirá un modelo de esquema que no necesariamente debe presentarse como tal, pero que respetará el orden y la presencia de ciertos factores utilizados en la intervención:

- Título del informe (tipo).
- Presentación del paciente (datos personales, anamnesis, antecedentes de interés).
- Desarrollo del objetivo del informe (exploración, objetivos terapéuticos, metodología, tipo de intervención, número de sesiones, duración de la sesión, profesionales que han participado).
- Conclusión (orientación diagnóstica, terapéutica, familiar o escolar, recomendaciones y conclusiones).

1.4. Intercambio de información con otros profesionales sanitarios, educativos, familiares o tutores

En el esquema básico de la comunicación se relacionan diferentes componentes. Aplicados a la elaboración de un informe, tendríamos un dibujo parecido a este:



Ejemplo basado en el esquema de la comunicación de Jakobson (1960).

Para que la comunicación sea eficaz deberemos tener en cuenta otro elemento que no está representado en el esquema anterior: la **empatía**. Este concepto, aparecido a inicios del siglo XIX, hace referencia a la capacidad de ponerse en la piel de los demás. No basta con comprender los sentimientos de la otra persona, sino que también hay que manifestarlo (Borrell Carrió, 2011). En nuestra práctica clínica deberemos tener una capacidad de empatía siempre evidente, puesto que los pacientes o sus familiares buscan solución a sus dificultades manifestando sus sentimientos y opiniones al respecto, intentando provocar una reacción que concluya en la solución a lo que les ocurre.

En el caso de los informes logopédicos de intervención, habrá que manifestar empatía en el redactado incluyendo no solo lo que nosotros consideremos indispensable, sino también lo que pueda interesar conocer a la persona a quien va dirigido el informe. Recordemos que los textos deben ser expositivos y argumentativos, pero no juiciosos o partidistas, ni hay que perder de vista la objetividad y la rigurosidad que la profesión requiere.

En un artículo publicado en la web de la Asociación australiana de Logopedia (Pappas, 2010), se manifestaba la dificultad de comprensión de los informes logopédicos por parte de las familias. Así mismo, se reflexionaba sobre la necesidad de incluir el entendimiento de los documentos relacionados con la intervención de las personas menores de edad como responsabilidad para el logopeda.

Evidentemente, si el informe va dirigido a personal técnico cualificado y es necesario detallar parámetros clínicos o específicos de lenguaje, aparecerán conceptos y tecnicismos que pueden ser difíciles de entender para un familiar sin conocimientos en la materia. Pese a ello, y puesto que hacen referencia a su familiar, es nuestro deber explicárselo de manera que pueda comprender el objetivo del informe.

Sin embargo, hay ocasiones en las que son los familiares los que solicitarán el informe para poder transmitir la información a otro profesional, o simplemente porque ejercen su derecho a solicitarlo según la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente². En este caso, y con más justificación, deberemos adecuar el lenguaje y la construcción del texto a una persona receptora que no pertenece al ámbito sanitario, sociosanitario o educativo, pero sin perder la finalidad del informe y sin que parezca una nota coloquial.

⁽²⁾Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (BOE, núm. 274, 15-11-1995, pág. 40126-40132). Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/l/2002/11/14/41/con>

En definitiva, se deben reducir los tecnicismos y utilizar un lenguaje comprensible y una estructura sencilla que permitan una lectura ágil y eficaz del texto para la familia y el profesional que lo reciba.

2. Tipos de informes de intervención logopédica según el momento de su elaboración

Tal y como se ha explicado, la intervención logopédica entendida como proceso abarca diferentes fases durante las que puede ser necesaria la elaboración de un informe. A continuación se presentan los diferentes tipos de informes de intervención clasificados según el momento de su elaboración.

2.1. Informes iniciales de intervención

Estamos ante un informe inicial, de evaluación o de valoración, cuando el informe sirve para **elaborar un criterio diagnóstico, crear los objetivos de trabajo o parametrizar las manifestaciones de las dificultades.**

Puesto que se trata de mostrar datos obtenidos durante el inicio de la intervención, se deben reflejar los siguientes puntos (García, 2011):

- datos personales del paciente,
- motivo de la consulta,
- anamnesis o antecedentes relevantes,
- descripción de las pruebas o de los protocolos suministrados,
- resultado de las pruebas,
- orientación diagnóstica,
- objetivos de la terapia,
- recomendaciones,
- fecha y nombre de los profesionales.

En ocasiones será necesaria la colaboración con otros profesionales para la pasación de pruebas o test. En este caso, deben reflejarse los nombres de todas las personas implicadas en el proceso de evaluación, aunque no participen directamente en el redactado del informe.

2.2. Informes de seguimiento de intervención

Durante el desarrollo de la actividad terapéutica podría ser necesario registrar y comunicar el progreso (o la falta de progreso) de la persona a quien se atiende. Para ello utilizaremos los informes evolutivos o de seguimiento.

Para la elaboración de un informe evolutivo no será necesario volver a detallar todos los datos del paciente ni su estado inicial, sino que debe centrarse en **explicar si se han cumplido los objetivos de trabajo marcados y si es necesario reformularlos** (Mendizábal *et al.*, 2013).

Pero si la finalidad del informe es comunicarse con un nuevo profesional que asumirá el tratamiento, el informe evolutivo deberá contener el estado inicial y el actual del paciente, así como las pruebas realizadas inicialmente.

En el ámbito educativo, por ejemplo, podemos dirigirnos al entorno escolar con el que estamos trabajando de manera interdisciplinar y proponer objetivos conjuntos, o marcar los tiempos de coordinación para un mayor avance en la terapia (ver los ejemplos 1 y 2 del Anexo 2).

2.3. Informes finales de intervención

Tras finalizar el tratamiento, o cuando el paciente lo solicite voluntariamente, procederemos a gestionar el alta y, por consiguiente, emitiremos un informe relativo al fin de la terapia. Son los informes de alta o finales.

En estos informes debe reflejarse lo siguiente (Mendizábal *et al.*, 2013):

- la consecución o el fracaso de los objetivos terapéuticos,
- la metodología o las herramientas de intervención,
- la revaloración del paciente con las mismas pruebas usadas durante la exploración inicial,
- las conclusiones clínicas terapéuticas y nuestras indicaciones, si las hubiera.

De la misma manera que en los informes de seguimiento, si el informe final va dirigido al mismo profesional podemos obviar algún aspecto relativo a los datos personales o a los antecedentes, ya que los habremos descrito anteriormente (ver ejemplo 2 del Anexo 1).

3. Qué es la LOPD. Aspectos legales que afectan al informe logopédico

Uno de los aspectos legales que comporta la práctica clínica logopédica, y de manera extensiva la realización de un informe, es la relativa al tratamiento de los datos del paciente.

La Ley orgánica de protección de datos³, conocida con las siglas LOPD, es la encargada de proteger y garantizar las libertades públicas y los derechos fundamentales de las personas físicas, su intimidad personal y familiar, y todo lo que se refiere a sus datos personales.

⁽³⁾Ley orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. BOE núm. 298, de 14 diciembre, páginas 43088 a 43099. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1999-23750>

Es obligación para los logopedas, como responsables de los datos de sus pacientes, informar de:

- la finalidad o los destinatarios que tendrán la recogida de esos datos,
- la posibilidad del paciente de ejercer su derecho a acceder, rectificar, cancelar u oponerse a ello.

En el caso de los informes logopédicos de intervención, como ya hemos mencionado anteriormente, tienen el objetivo de comunicar algo a un tercero. Si la persona receptora es alguien distinto al paciente, deberemos solicitar su **consentimiento** (ver Anexo 3: Modelo de autorización para el tratamiento de los datos) para la cesión de los datos.

De igual manera, a veces es importante disponer del registro audiovisual de la persona tratada para el análisis y la valoración de su voz, lenguaje u órganos implicados en el habla. Para ello, será necesario recoger la **autorización** de la captación de este registro, así como para compartir la distribución del mismo con fines educativos o terapéuticos.

Resumen

La elaboración de los informes de intervención logopédica se define según:

- el **momento** de la intervención: inicial, evolutivo, final;
- la **finalidad** y el **objetivo**: exponer, solicitar, orientar; y
- las **personas destinatarias**: ámbito sanitario, sociosanitario o educativo.

Es importante tener claras las ideas que queremos transmitir más allá de los datos objetivos, puesto que trasladamos también nuestras impresiones respecto al paciente. Debemos rodearnos de herramientas de evaluación y de consulta rigurosas que nos ayuden a definir qué estamos observando, tratando y resolviendo.

Más allá de una sucesión de párrafos, el texto del informe de intervención debe seguir unas normas de escritura que confieran unidad, coherencia y adecuación para hacerlo inteligible y fiable.

Es recomendable leer informes de otros profesionales, consultar bibliografía al respecto y mantener una actitud crítica con nuestros textos. De esta manera podremos aprender de nosotros mismos e ir perfeccionando nuestra técnica en la elaboración de informes de intervención logopédica.

Bibliografía

Dulcet, E., Grandi, D., Herrera, E., Vendrell, J. M., y Vila, J. M. (2002). *Perfil Profesional del Logopeda*. Recuperado de: http://www.clc.cat/pdf/perfil-professional/perfil_professional_ca.pdf.

Mendizábal, N., Santiago, R. B., Jimeno, N., García, N., y Díaz-Emparanza, M. E. (2013). *Guía práctica para la elaboración de informes logopédicos*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.

García, L. R. (2011). Hugo y su dificultad de comunicación. Intervención logopédica en ambientes naturales de uso comunicativo. *Boletín de AELFA*, 11 (1), 9-20.

Jakobson, R. (1960). Linguistics and poetics. En T. Sebeok (Ed.), *Style in language* (pp. 350-377). Cambridge: MIT Press.

Borrell Carrió, F. (2011). Empatía, un valor troncal en la práctica clínica. *Medicina clínica*, 136 (9), 390-397.

Pappas, N. W. (2010). Clinical report writing for paediatric clients: A tutorial. *Acquired Knowledge Speech, Language Hearing*, 12 (2), 63-9.

Anexos

Anexo 1. Ejemplos de informes de intervención en el ámbito sanitario

Ejemplo 1. Informe de seguimiento de intervención en voz

Nombre del paciente:

Edad:

Nombre del centro:

NOMBRE DEL PACIENTE, de X años de edad, es intervenida con fecha X de edema de Reinke en CVD después de realizar tres sesiones de logopedia prequirúrgica para introducir conceptos vocales, pautas e indicaciones antes de la intervención. La exploración y los resultados de la misma se reflejaron en el informe inicial ya facilitado a la paciente. Solicitan realizar rehabilitación vocal posquirúrgica desde el departamento de Cirugía Otorrinolaringóloga.

Inicio del tratamiento con fecha X tras una semana de reposo vocal total, con una frecuencia inicial de dos días a la semana durante el primer mes. Durante las dos semanas siguientes, la frecuencia ha sido de un día a la semana.

Evolución del comportamiento vocal en la rehabilitación vocal posoperatoria

- Aumento de la extensión vocal en media octava.
- No refiere fatiga vocal en voz cantada, hablada o amplificada.
- Mejora el soporte respiratorio-vocal y la técnica respiratoria.
- Mejora de la coordinación fonorespiratoria, aunque en voz mínima y máxima aún no generaliza.
- Aumento de la resonancia craneal y facial impostando mejor la voz.
- Aumento de los valores aerodinámicos.
- Timbre con aumento de la intensidad y disminución de la rugosidad.

Valores acústicos y aerodinámicos actuales a fecha X

Medidas	TME (/s/) TMF (/a/)	15" 12"
Intensidad	voz espontánea voz amplificada o proyectada	50 dB – 55 dB 78 dB – 88 dB
Frecuencia	tono fundamental	F0 = 150 Hz (REb2)

GRBAS = 1 0 0 0 1

Coordinación fonorespiratoria ratio s/z: 1,3 (mínimamente alterada)

Ruego valoración orgánica y foniátrica del momento actual, tras seis semanas de tratamiento.

Desde aquí, proponemos continuar la terapia con cinco sesiones semanales más, de treinta minutos cada una, con el objetivo de reforzar aspectos de timbre y coordinación fonorespiratoria en voz hablada y proyectada necesarios para su tarea profesional.

Cordialmente,

Fecha y localidad:

Nombre del logopeda:

Núm. de colegiado:

Ejemplo 2. Informe final de intervención en voz

Apreciado Dr. NOMBRE,

Le adjunto unas líneas en relación con la intervención y el tratamiento llevado a cabo con la paciente X, según sus indicaciones de la última revisión con fecha X.

En esta segunda parte del tratamiento hemos procurado generalizar la verticalidad en la postura, tanto en reposo como durante la fonación, así como la proyección cervical, e incluso mandibular, al trabajar sobre todo en agudos.

Para la voz proyectada reforzamos los anclajes de cabeza y cuello, tal y como nos recomendó. Así mismo, nos dimos cuenta de que la lengua ejercía demasiada presión y dificultaba el movimiento en vertical de la laringe, por lo que trabajamos para mejorar el control sobre la misma. X ha continuado con los ejercicios respiratorios y de tonificación de glotis posterior.

Durante las sesiones utilizamos el método Lax Vox, lo que le proporcionó muy buenos resultados en resonancias y percepción de órganos de la máscara, que está tratando de generalizar.

Actualmente la paciente trabaja para acabar de generalizar el proceso de inclinación de tiroides (imitando el maullido de un gato o el sollozo de un niño). Tuvimos a bien repasar la inclinación del cricoides cuando trabajamos sobre los anclajes para preparar el grito.

Durante los meses de verano sufrió un episodio leve de faringitis debido a los cambios de temperatura por aires acondicionados, que afectó a la intensidad y efectividad del cierre (voz un poco aireada), por lo que repasamos los hábitos de higiene vocal para prevenir nuevas situaciones de disfonía. Del mismo modo, procuramos reforzar alguna noción de dieta que pudiera ayudar a mejorar la calidad vocal y los niveles energéticos generales del organismo, así como a prevenir el reflujo.

Parámetros acústicos y aerodinámicos

Parámetro	Valor inicial	Valor final
TME /s/	7	16
TMF /a/	3	14
TMF /i/	4	16
GRBAS	21201	10100
Ratio s/z coord. fonoresp.	2,3 (muy alterado)	1,14 (normal)

Ruego me haga saber, si así lo considera durante la exploración de la paciente, si es necesario retomar las sesiones para acabar de trabajar algún aspecto pendiente. En caso contrario, desde el Servicio de Logopedia de nuestro centro procederemos a tramitar el alta de la paciente por mejoría funcional. En caso de empeoramiento, recomendamos un reingreso para reforzar nuevos hábitos o acordar nuevas estrategias asistenciales.

Reciba un cordial saludo.

Atentamente,

Fecha:

Población:

Nombre del profesional:

Número de colegiado:

Ejemplo 3. Informe final de intervención en afasia

Nombre del centro:

Nombre del paciente:

Anamnesis

La paciente de X años es atendida por nuestra unidad desde fecha X. Fue derivada desde el Hospital X con diagnóstico logopédico inicial de afasia global de predominio expresivo.

Se trata de una paciente trilingüe, nacida en Inglaterra, pero con perfecto conocimiento y dominio del catalán y del castellano antes del episodio neurológico.

En la exploración inicial de rehabilitación llevada a cabo en el hospital, consta: «Secuelas de ictus isquémico con fecha X; con afasia global, sin respuesta verbal ni seguimiento de órdenes simples. Lenguaje automático menos afectado, sigue series y canciones. Presenta una hemiparesia facial central derecha.»

Durante nuestra exploración, X semanas después, se observa comprensión preservada de palabras y frases sencillas, y denominación oral alterada. La lectura también está alterada. Copia adecuada. Así mismo, observamos apraxia orofonatoria severa.

Resultados iniciales del Test Barcelona Abreviado: 120 (afectación severa).

Tratamiento

Inicia tratamiento logopédico en nuestro Servicio de Logopedia con la asiduidad de tres veces por semana. Se realizan sesiones continuadas hasta principios de X, cuando se pausa el tratamiento durante un mes por problemática familiar.

Las sesiones se realizan en castellano con apoyo del inglés.

Durante el tratamiento, X presenta buena colaboración.

Evolución

Actualmente X mantiene una buena evolución del lenguaje automático. A lo largo del tratamiento ha adquirido mejoras en la denominación con soporte de la imagen. La evocación de palabras sin soporte visual continúa afectada, aunque puede mantener un diálogo contextualizado con apoyo del interlocutor. Por este motivo, se incorpora un plafón simple de comunicación aumentativa con imágenes y textos de palabras de uso frecuente que faciliten la comunicación de la paciente en entornos cercanos y familiares.

La alteración articulatoria continúa dificultando la inteligibilidad de su habla. Puede repetir vocales, pero continúa con dificultad para repetir sílabas y palabras. Mantiene el uso de parafasias fonéticas.

La comprensión oral está preservada siempre que se trate de oraciones simples y contextualizadas. Mantiene la dificultad ante producciones complejas o abstractas.

La escritura es correcta en copia. En evocación sigue presentando errores, aunque la consideramos moderadamente funcional, ya que le sirve de apoyo para sus producciones orales. En cuanto a la comprensión escrita, es adecuada para asociar imagen y grafía, pero no para frases o textos largos.

Resultados finales Test Barcelona Abreviado: 168 (afectación severa).

Recomendaciones

Pasado el periodo de recuperación espontánea, y ante el estancamiento de su evolución, se recomienda finalizar la rehabilitación logopédica tras X meses de tratamiento.

Es indicado mantener el uso del plafón de comunicación para estimular el flujo comunicativo de la paciente con su entorno.

Quedamos a su disposición para cualquier duda o comentario.

Atentamente,

Localidad:

Fecha:

Nombre del profesional:

Núm. de colegiado:

Ejemplo 4: Informe final de intervención en disglosia

Nombre del paciente:

Fecha de nacimiento:

Fecha de exploración inicial:

Fecha de exploración final:

Motivo de la consulta

La paciente X, de X años de edad, acude a nuestro centro bajo demanda familiar y escolar por dificultad en la producción del fonema /R/ múltiple. La escuela aconseja valorar tratamiento terapéutico para evitar extrapolar los errores del habla a la lectoescritura.

Antecedentes de interés

Embarazo y parto normales. Lactancia materna durante dos meses y posterior alimentación con biberón por mastitis de repetición. Sin exploración u orientación diagnóstica relacionada con el frenillo lingual. Incorporación de nuevas texturas y alimentos dentro de la normalidad. Actualmente come de todo aunque le cuesta masticar carnes rojas.

Ha sido portadora de ortodoncia (disyuntor de paladar) durante un año por presentar paladar ojival. Actualmente presenta normoclusión y paladar con forma adecuada.

Exploración inicial

X presenta respiración nasal, buena competencia de sellado labial en reposo y una mordida clase I normal.

Se observa un frenillo lingual con inserción anteriorizada, que limita la movilidad lingual en elevación. Las medidas se toman con pie de rey, siguiendo las pautas del Protocolo de Evaluación del Frenillo de la Lengua, de Irene Queiroz Marchesan:

- Apertura máxima de la boca: 45,6 mm.
- Apertura en contacto con las arrugas palatinas: 23,4 mm.
- Medida funcional del frenillo: 51,3 %.

A nivel fonológico, en habla espontánea y repetición de palabras (Test de Articulación de Laura Bosch) se observan compensaciones articulatorias en sonidos alveolares:

- La /t/ y la /d/ se articulan con la parte media de la lengua en contacto con el paladar y en posición interdental.
- La /R/ se articula con la parte posterior, en modo gutural.
- La /r/ simple se sustituye por /d/.

A nivel muscular, el movimiento de protrusión lingual está reducido al tercio anterior de la lengua. La lengua sale plana y no consigue estrecharse. El movimiento de elevación se realiza con compensación mandibular. La retracción lingual es lenta y

poco efectiva. Esto provoca una deglución alterada con interposición lingual durante la ingesta de sólidos y semisólidos. En líquidos no manifiesta alteración.

La masticación es unilateral izquierda, con amasamiento del bolo y poca eficacia. Durante la deglución se aprecia una hiperfunción del músculo del mentón.

Orientaciones diagnósticas

Dado que el frenillo está justo al límite de lo considerado quirúrgico (entre el 50 % y el 59 % es necesario valorar las características funcionales del frenillo para determinar si se debe intervenir quirúrgicamente o no, según el Protocolo de Evaluación del Frenillo de la Lengua, de Irene Queiroz Marchesan), se hace saber a la familia el pronóstico preservado de la patología, basándose en la evolución de las diferentes funciones, con posible diagnóstico de frenillo lingual alterado, y la necesidad de intervención quirúrgica. Se pauta volver a evaluar en dos meses.

Tratamiento

Durante la exploración inicial se recomienda trabajo logopédico una vez a la semana con pautas de ejercicios para mejorar la elasticidad, y otros dirigidos a corregir el punto articulatorio del sonido /r/.

Los objetivos del tratamiento han sido los siguientes:

- Mejorar la movilidad lingual del músculo transverso.
- Orientar a nivel postural y de posición lingual para la deglución.
- Estimular el ápice lingual para encontrar la vibración adecuada del sonido.
- Trabajar fonética y fonológicamente los sonidos afectados, desde el sonido aislado, en sílaba directa e inversa, hasta, posteriormente, en palabras y frases.

La intervención se lleva a cabo con la presencia de la madre de X durante las sesiones, procurando fomentar el modelo de intervención centrado en las familias, puesto que es necesario mantener el trabajo realizado durante las sesiones en casa para generalizar los logros.

Evolución

Durante la segunda valoración, a las ocho semanas, se aprecia una mejora en la movilidad lingual (estrechamiento), pero no en la parte fonológica. Se mantiene la intervención conservadora durante cuatro sesiones semanales más, con ejercicios para facilitar el afilamiento lingual y la elevación de la lengua, así como de relajación de la base lingual y tonificación del ápice para invertir el punto y modo articulatorio que X tenía alterado. Del mismo modo, se trabaja la deglución con el patrón lingual y postural adecuado, la masticación bilateral alterna y una deglución sin acción del mentón.

Durante la exploración final, a las doce semanas, se observa una evolución funcional de la lengua, con más movilidad y respuesta muscular en ápice y transverso (afilamiento y estrechamiento). En elevación, aparece disociación de la mandíbula, pero se mantiene la dificultad de protrusión más allá del tercio anterior. Músculo lingual con movimiento de elevación y retracción durante la deglución correctos. Aún presenta cierta compensación con mímica perioral que corrige con el *feedback* visual del espejo.

A nivel articulatorio, el sonido de la /R/ múltiple (fuerte) se produce sin vibración suficiente, pero está bien colocado en el punto articulatorio. En forma simple de /r/ y en trabadas, así como en el resto de sonidos alveolares, la producción es correcta.

Recomendaciones

Se recomienda el alta del tratamiento, ya que se han logrado los máximos objetivos posibles a nivel morfofuncional conservador. Puesto que X está aún dentro de los parámetros de normalidad para la adquisición del sonido /R/ por edad, según Laura Bosch, se aconseja continuar en casa con los ejercicios fonológicos, en la medida de lo posible, para generalizar la producción adquirida.

El resto de funciones están preservadas, por lo que la familia descarta por el momento una intervención quirúrgica del frenillo.

Atentamente,

Localidad, fecha:

Nombre del logopeda:

Número de colegiado:

Anexo 2. Ejemplos de informes de intervención en el ámbito educativo

Ejemplo 1: Informe de intervención inicial de lectoescritura

Nombre del paciente:

Fecha de nacimiento:

Colegio:

Curso:

Fecha de la exploración:

Motivo de la consulta

La familia de X acude a la consulta para solicitar una valoración de las dificultades de aprendizaje que X presenta en el entorno escolar. Le cuesta realizar las tareas de lectura y de escritura.

Antecedentes relevantes

X acudió al CDIAP con dos años, y estuvo realizando sesiones de logopedia y de psicología durante seis meses. La demanda inicial fue por retraso en la aparición del lenguaje. Al alta del servicio presentaba oraciones de dos elementos y mejora en la intención comunicativa.

De los cinco a los seis años asistió a un centro de ámbito público en sesiones grupales de cuarenta minutos para trabajar las dificultades de tipo fonético y fonológico. Al alta presentó mejora relativa en aspectos funcionales oromotores, pero con dificultades mantenidas en las áreas de discriminación y de percepción auditiva.

En el momento de esta exploración está recibiendo intervención logopédica para el lenguaje oral en el mismo centro, con el objetivo de estimular la expresión y la comprensión oral. Las sesiones se llevan a cabo en modalidad grupal, una vez a la semana, en sesiones de cuarenta minutos.

En el colegio observan conductas disruptivas ante actividades de lectoescritura (baila, canta, desvía la mirada, se levanta de la silla). Se aconseja a la familia solicitar revisión optométrica y oftalmológica. Durante la misma se le prescriben lentes por mala agudeza visual en visión lejana. Se cubre el ojo izquierdo por ojo vago durante unos meses. Se determina una pérdida visual del 80 % en el ojo derecho, y del 40 % en el ojo izquierdo. Así mismo, se detecta miopía y astigmatismo. En la siguiente revisión no descartan operar, aunque finalmente informan de mejora y recuperación de visión. Actualmente mantiene pérdida visual no concretada, pendiente de detallar por el profesional optómetra.

A inicios de curso, el equipo psicopedagógico del centro educativo aporta comentarios en los que evidencia, a nivel de forma, dificultades en la articulación de algunos sonidos aislados y algunos grupos consonánticos. Así mismo, observan en contenido poca fluencia verbal y una escasa estructuración del discurso. La comprensión oral es baja. Produce omisiones de elementos importantes en las oraciones. En lectura y escritura hay letras que no conoce, con dificultades de conciencia fonológica. La lectura es silábica y lenta (25-30 palabras por minuto), dentro de un nivel medio-bajo respecto a su edad. En escritura observan errores de ortografía natural (tanto en copia como en dictado) de un nivel inferior a su edad: adiciones, omisiones, fragmentaciones o uniones. Del mismo modo, detectan dificultades de coordinación visomotora. Respecto a su comportamiento y pragmática, X presenta inmadurez personal, falta de recursos y habilidades personales y carencia de hábito de trabajo. Se recomienda logopedia para trabajar el lenguaje oral, la conciencia fonológica y la ortografía natural, así como material específico para trabajar la coordinación visomotora.

Por todo lo comentado en este apartado, se procede a realizar pruebas psicolingüísticas, de lectura y de escritura que puedan esclarecer el diagnóstico de las dificultades de X y concretar el tratamiento terapéutico o la adaptación escolar más adecuados.

Batería de pruebas de evaluación:

- Test WISC-V. Escala de inteligencia de Weschler para niños.
- Test ITPA. Evaluación de las funciones psicolingüísticas.
- Test PROLEC. Prueba de lectura.
- Test CARAS-R. Test de percepción de diferencias.
- Test STROOP. Test de medida de la interferencia.
- Test TALEC. Test de lectura y escritura en catalán.
- Valoración del lenguaje oral. Se valoran cualitativamente tareas de series automáticas, renarración (*retelling*), narración espontánea y seguimiento de órdenes.

Resultados obtenidos

A continuación se detallan los resultados obtenidos en las pruebas, con un breve análisis de lo que comportan. En el apartado de evaluación de los resultados se procederá a exponer las conclusiones a las que se llega y a la impresión diagnóstica obtenida.

Test ITPA. Evaluación de las funciones psicolingüísticas implicadas en el proceso de comunicación y, consecuentemente, detección de trastornos del aprendizaje. Consta de dos niveles: automático, que implica hábitos ya integrados que producen una cadena automática de respuestas, y representativo, en el que está implicada la presentación simbólica y que supone el manejo interno de símbolos.

De los resultados obtenidos, se observa que X presenta dificultad en el nivel automático del lenguaje, que implica hábitos integrados como la memoria y el aprendizaje remoto, y que producen una cadena automática de respuestas. Estas dificultades se dan en ambos canales: auditivo y visual. Por otra parte, los procesos psicolingüísticos de asociación y de organización para relacionar percepciones, conceptos y símbolos lingüísticos de manera interna están por debajo de su edad cronológica. Tanto el canal auditivo (MSA) como el visual (MSV, IV) y gramatical (IG) están muy relacionados con el procesamiento lector.

Test PROLEC-R (en catalán). Con esta prueba se intenta obtener no solo una puntuación de la capacidad lectora de X, sino información sobre las estrategias que utiliza en la lectura del texto, así como los mecanismos que no están funcionando adecuadamente, y que por lo tanto no permiten realizar una buena lectura.

La velocidad lectora de X está a un nivel muy por debajo de la media de su curso escolar (cuarenta y ocho palabras por minuto). Comete errores en el reconocimiento de las letras, palabras y pseudopalabras, sin que ninguna de las rutas, indirecta (fonológica) ni directa (léxica), funcionen eficazmente. La lectura es telegráfica, previa en mutis que luego reformula, con omisión de la vocal neutra catalana y con fonación de los finales mudos (/mukadór/ - /mukadó/). Asimismo se observan movimientos en las piernas y los pies, bostezos, frente arrugada, frías en los ojos que se tornan rojos si la tarea se prolonga y convergencia de los mismos. En el ejercicio de estructuras gramaticales, X empieza motivado, pero poco a poco verbaliza una desmotivación («¿pero quién riñe a quién?, no me entero», ejemplo 4) y empieza a distraerse con los dibujos mientras lee, a ganar tiempo de respuesta hasta que su nivel atencional se reduce y la tarea se ralentiza. La comprensión de textos oral y visual (leída) está alterada cuando los textos empiezan a aumentar de tamaño y de dificultad.

Test CARAS. Prueba de atención. Es una evaluación de las aptitudes perceptivas y de atención. Prueba de discriminación que responde a las cuestiones de parecido, igualdad o diferencia y que presenta correlaciones positivas con la inteligencia general.

De los resultados extraemos que X no manifiesta dificultad atencional y de discriminación de imágenes, pero sí que manifiesta una dificultad en el control de la impulsividad (ICI 3 = medio-bajo). De esta manera, la eficiencia en la resolución de la tarea disminuye, ya que al no controlar la inhibición comete un mayor número de errores.

Test STROOP. Prueba de interferencia. Valora la capacidad de concentración. El objetivo es evaluar los procesos que se asocian con la flexibilidad cognitiva, la resistencia a la interferencia procedente de estímulos externos, la creatividad y la complejidad cognitiva que determinan la habilidad individual para afrontar el estrés cognitivo y procesar informaciones complejas.

En la puntuación relativa a palabras, X presenta una puntuación en la franja baja de la media. De aquí se puede extraer que presenta dificultad para leer a pesar de no

observarse otras interferencias. La denominación de colores está sobre la media y es similar a la de palabras-colores, por lo que en un principio la dificultad no afecta a otras funciones cognitivas.

Test D2. Test de atención, atención selectiva y concentración. La prueba da información sobre la velocidad o la cantidad de trabajo, sobre la calidad del trabajo, es decir, la precisión, y, por último, sobre la relación entre la velocidad y la precisión.

En los resultados se evidencia que X tiene un coeficiente bajo-medio de relación entre la velocidad de trabajo y la precisión del mismo. Pese a ello, es capaz de mantener estabilidad y consistencia en la tarea sin un alto índice de variabilidad (VAR = 15).

Test TALEC de análisis de la lectura y la escritura en catalán. Informa cuantitativa y cualitativamente del grado de adquisición de la lectoescritura. En este caso, se ha aplicado la parte correspondiente a la escritura en copia para valorarla de manera cualitativa.

Escritura:

- **Copia.** Dificultad para mantener la dirección de la línea. Trazo irregular en algunas letras (*cOllarets*).
- **Dictado.** Errores de vocal neutra, o-u (*tumacat – tomàquet*), -ix (*peg – peix*), mayúsculas, omisión de palabras (*as va enfia al vosc – es va enfilat cap al bosc*), ortografía arbitraria (*vosc – bosc*) y discriminación auditiva (*marmella – vermella; fro – flor*). En el dictado se aprecia como empeora el trazo y la caligrafía de X se vuelve más irregular, con palabras solapadas o mala distribución en el papel.
- **Redactado.** Sin estructura. Frases simples. Sin uso de signos de puntuación. Trazo irregular en medida y posición.

Test de inteligencia WISC-IV. Escala de inteligencia para niños. Evaluación completa de la capacidad intelectual de niños y adolescentes. Las puntuaciones de los diferentes test nos pueden dar mucha información relacionada con el desarrollo del sujeto en los campos verbales y manipulativos.

Valoración lenguaje oral (*retelling*, denominación, series, secuencias).

- **Denominación.** Aparece la simplificación de sílabas en la denominación castellana por velocidad en el habla. Diptongos simplificados (*atobús*). Adición de /s/ final en algunas imágenes singulares (*frechas* por *flecha*). Sustituciones en alveolares (*fara* por *fada*). Segmentación, silabeo en trabadas (*/kas-ko/*). En catalán presenta adición de /r/ final (*/yugar/* por */yugá/*), omisión de finales (*/kar/* por */karn/*) i vocal neutra alterada.
- **Series.** No es capaz de seguir series (días de la semana) por sí solo, ni en catalán ni en castellano, ni con ayuda de la terapeuta.
- **Retelling (*The Bus Story*).** Su renarración en castellano posee menos información que la narración inicial y presenta dificultades de planificación y de organización del discurso. Las oraciones son simples, con alguna compuesta (*pero, porque*). Es capaz de reproducir y recordar pistas sonoras que han aparecido (*piiii*, el silbato; *muuuu*, la vaca), pero no recuerda vocabulario poco frecuente (*valla*). La entonación es buena, lo narra. En catalán presenta más dificultad y el habla es más telegráfica, con más pausas, necesita más tiempo de latencia para preparar el discurso. Se mueve más, está más inquieto, baja la voz. Disminuye el uso de palabras función, las oraciones son más simples (solo una causal). Castellanismos (*silbat, después, charcu, ancuntrar*). Bajo conocimiento de vocabulario poco frecuente (*tanca*). Errores de cantidad en el discurso, falta información, sin uso de sujeto, en ocasiones con discurso sin coherencia, pierde el tema de la conversación.
- **Secuencias.** El orden es bueno, pero le cuesta planificar el discurso. Utiliza la descripción de cada imagen individual, sin enlazarlas, sin narrarlas. Dificultades semánticas (*bañera pequeña* por *cubo*).

Exploración de habilidades visuales y de coordinación psicomotriz

Durante las tareas lectoras se apreciaron reacciones, gestos y hábitos compensatorios de la actividad de lectura como:

- movimientos de la cabeza a derecha e izquierda, acompañando la lectura;
- balanceo nervioso de las piernas y de los pies;

- convergencia ocular durante la lectura, junto con una frente arrugada;
- apneas respiratorias;
- succión de dedos, uñas u objetos durante la lectoescritura;
- verborrea, silbidos y canto durante las actividades;
- mala postura mientras lee;
- aproximación excesiva al libro; y
- lectura en voz baja previa, como refuerzo a la lectura en voz alta.

Por todo ello, se valoraron algunas de las habilidades visuales que pueden tener relación con la lectura, tales como:

- **Fijación:** mantener los ojos sobre un objeto de manera voluntaria. Si no existe una buena habilidad, el niño puede presentar dificultades para concentrarse. A X le costaba fijar la mirada en el objeto presentado, con interrupciones.
- **Control de los movimientos oculares:** mover los ojos de manera suave y precisa siguiendo un objeto. X presenta gran lentitud en la lectura y muestra interrupciones durante el seguimiento ocular de un objeto, sobre todo a efectos del ojo izquierdo.

A nivel psicomotriz, X presentó dificultades para mantener una marcha cruzada durante un minuto y en la actividad de recortar trazos rectos y curvilíneos.

Actitud

La actitud de X ha sido en todo momento participativa. Ha presentado rupturas comunicativas y de atención, sobre todo durante la actividad, más relacionadas con la fatiga visual y la inseguridad ante la tarea que con una dificultad atencional. En las actividades que requerían lectura y escritura utilizaba herramientas de distracción (soplar, mover los pies, moverse en la silla) que pueden justificarse como reequilibrios posturales y apoyo emocional ante tareas que le generan tensión física y gran dificultad.

Evaluación de los resultados y recomendaciones

- Como resultado de lo observado, se recomienda una valoración optométrica de la visión de X a niveles de habilidades de seguimiento y fijación, enfoque, coordinación ocular y percepción visual, que puedan estar afectando al rendimiento académico y al aprendizaje de la lectura.
- Los resultados obtenidos en el test WISC-R manifiestan unas capacidades intelectuales de un nivel normal. Presenta un bajo nivel en el subtest de información, relacionada con la memoria a largo plazo del conocimiento general de su entorno. La aritmética se refiere a la memoria de trabajo y a la capacidad atencional, que también aparece alterada. Realizar actividades que fomenten experiencias con el entorno usando diferentes vías sensitivas a la vez ayudará a generar nuevos conocimientos del mundo que lo rodea.
- Presenta severas dificultades en la comprensión de textos, tanto a nivel oral como escrito, disminuyendo su eficacia cuando estos aumentan de tamaño o de grado de dificultad, por lo que recomendamos simplificar los enunciados de los exámenes.
- Si procede, será necesario iniciar un trabajo de terapia visual para mejorar su rendimiento lector.
- Como ya se ha indicado anteriormente, las mayores dificultades de procesamiento son auditivas; si estas no estuvieran alteradas, habrían podido compensar la dificultad visual que pueda existir. Sería conveniente un trabajo sistemático que potencie la discriminación, la integración y la conciencia de sonidos hasta llegar a la tira fónica (fonema, sílaba, palabra, frase).
- X manifiesta dificultades de coordinación motora, tanto en psicomotricidad gruesa como fina, algunas relacionadas con la escritura, por lo que recomendamos trabajar el aprendizaje con refuerzo motor (bimodal) y con ejercicios de lateralidad que potencien su coordinación.

Orientación diagnóstica

Los resultados obtenidos ponen de manifiesto un **trastorno específico del aprendizaje con limitaciones en la lectura 315.00 (F81.0), y en la expresión escrita 315.2 (F81.81) de carácter moderado, según el criterio del DSM-5⁴.**

Este estudio pretende establecer una orientación diagnóstica y una evaluación actual de las habilidades de aprendizaje de X, que deberán ser contrastadas evolutivamente tras un periodo de intervención logopédica que establezca su eficacia y una conclusión diagnóstica.

Asimismo, deberán descartarse otras dificultades de tipo visual o auditivo que puedan enmascarar el diagnóstico conclusivo y diferencial.

Orientación terapéutica

Se recomienda tratamiento logopédico de dos días a la semana, en sesiones individuales de cuarenta y cinco minutos, para estimular el correcto desarrollo de la lectoescritura y dotar a X de recursos para hacer frente a las dificultades latentes que puedan persistir.

Objetivos generales de la intervención:

- Mejorar la habilidad auditiva del *input* informativo.
- Aumentar la velocidad lectora.
- Fomentar la memoria a largo plazo.
- Mejorar la atención y la concentración.
- Mejorar el lenguaje oral expresivo en contenido, forma y uso.

Orientaciones para la familia:

- Aplicar el refuerzo positivo.
- Trabajar en un lugar tranquilo.
- Establecer un horario de trabajo y mantenerlo, a ser posible, sin interrupciones.
- Ayudarle a organizarse: planificar las tareas y supervisarlas.
- Mantener rutinas.
- Priorizar la calidad antes que la cantidad.

Orientaciones para la escuela:

- Situarlo en las primeras filas.
- Potenciar la lectura preparada.
- Redactar con frases cortas.
- Limitar la cantidad de deberes.
- Evitar la copia de los enunciados de la pizarra, permitiéndole copiar de un papel.
- Definir las normas de ortografía que se trabajarán, y por lo tanto las que se le valorarán. No penalizarlo: X lo está trabajando.
- Evitar corregir los errores en rojo; en azul es más constructivo.
- Presentar los textos en hojas en blanco y Arial 12.
- Darle más tiempo en las tareas escritas o en los exámenes; la lentitud escribiendo le dificulta mostrar todo el contenido que sabe.
- Realizar exámenes orales siempre que se pueda, y no más de uno al día.
- Potenciar el aprendizaje de la lengua extranjera oralmente: es la asignatura que más le cuesta.
- Fomentar frente al resto de la clase otras aptitudes en las que destaca X, como la imaginación y la creatividad.
- Enseñarle a realizar mapas conceptuales, esquemas y resúmenes.

Quedamos a su disposición para aclarar cualquier tipo de duda.

Atentamente,

Lugar y fecha:

Nombre del profesional: (logopeda y psicólogo/psicopedagogo)

Número de colegiado:

⁽⁴⁾American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (DSM-5). American Psychiatric Publishing.

Ejemplo 2: Informe de seguimiento de intervención sobre el lenguaje oral y escrito

Nombre del paciente:

Edad: (años + meses)

Inicio de la intervención:

Nombre del centro:

X recibe tratamiento de logopedia en nuestro centro desde el pasado mes X de 20XX por recomendación escolar y demanda familiar para tratar dificultades del lenguaje oral, la lectura y la escritura.

Hemos trabajado para mejorar la conversión fonema-grafema, a pesar de que las alteraciones del habla (rotacismo) dificultan la transcripción en la escritura. Por otro lado, trabajamos a partir de fonemas y de grafemas para mejorar la conciencia fonológica en orden y cantidad, con el objetivo de reducir los errores de omisión de letras y de inversiones y de sustituciones en el dictado, copia y redactado. En ambas tareas, X manifiesta dificultades cuando se trata de sílabas indirectas (VCC) o trabadas. Aun así, ha mejorado el mantenimiento de la cantidad de sonidos en el dictado de palabras de sílaba directa.

En la lectura se observa dificultad latente en la descodificación, con una lectura telegráfica y lenta por debajo de los estándares de su edad escolar. Por otra parte, hemos detectado fatiga visual en las actividades lectoras, así como dificultades en los seguimientos oculares que intervienen. X compensa estas alteraciones con movimientos inquietos mientras está sentada, apneas respiratorias durante la lectura, soplos cuando acaba de leer, convergencia de los ojos en exceso (prácticamente juntos en la línea media), ceño fruncido y lectura previa en voz baja. Por todo lo dicho, hemos recomendado a la familia una revisión optométrica que descarte alteraciones visuales de base que puedan estar entorpeciendo el progreso de la intervención.

Por nuestra parte, estamos llevando a cabo actividades visuales que aligeren la fatiga durante las actividades lectoras. Os adjuntamos alguna recomendación por si pudiera facilitar el trabajo de lectoescritura de X en clase:

- Sentarla en las primeras filas de la clase.
- Permitir que copie del libro, de unos apuntes o de un compañero, en lugar de hacerlo de la pizarra.
- Permitir que siga la línea que está leyendo con el dedo u otro objeto (bolígrafo).
- Entregar los apuntes, los exámenes y las actividades en hojas blancas, en Arial 12 y con doble espaciado.
- Asegurar una buena calidad del material, en caso de ser fotocopias.
- Facilitar una «ventana de lectura» para reducir los estímulos lectores a solo aquella frase que está leyendo. Se puede usar una regla para tapar la línea de debajo o una ventana de cartón como esta:

La niña juega en el parque con sus compañeros.

Por otro lado, trabajamos a partir de actividades motoras que ayudan a X a reconocer las grafías, el vocabulario y la construcción de oraciones, ya que manifiesta un buen nivel de expresión motora. Detallamos algunos ejemplos por si pudieran servir en la tarea educativa:

- Repasar las letras en la tierra, o con plastilina, en la espalda o sobre el papel.
- Usar letras tridimensionales.
- Asociar sonidos a los gestos.
- Palmear las sílabas.
- Saltar por cada fonema de las palabras.

La estimulación de la memoria, la atención y el razonamiento lógico se lleva a cabo a razón de dos días a la semana mediante el programa de estimulación cognitiva XX.

Durante las sesiones realizamos intervención sobre el lenguaje oral, comprensivo y expresivo, a nivel de semántica, pragmática y morfosintaxis. Se ha apreciado mejora

en los siguientes aspectos, a la espera de una nueva valoración objetiva con pruebas estandarizadas:

- Memoria de trabajo.
- Vocabulario, con mejora en la evocación de palabras a partir de una característica, inclusividad o exclusividad, y campos semánticos.

Les facilito mis datos para mantener contacto durante el curso y poder comentar la evolución de X.

Quedo a su disposición para cualquier duda o comentario.

Atentamente,

Localidad, fecha:

Nombre del profesional:

Número de colegiado:

Teléfono:

Ejemplo 3: Informe de seguimiento de intervención en el habla

Nombre del paciente:

Edad: (años + meses)

Inicio de la intervención:

Nombre del centro:

La familia de X acude a nuestro centro en X de 20XX, después de que se le realice una intervención de frenillo lingual.

Durante la exploración inicial mediante el protocolo de exploración orofacial para niños y adolescentes del Col·legi de Logopedes de Catalunya⁵, destacamos los siguientes ítems relevantes:

- Respiración preferentemente oral en reposo diurno y nocturno.
- Ronquido nocturno y babeo ocasional nocturno.
- Valoración de movilidad lingual: solo puede realizar pequeños movimientos de lateralización. La protrusión es pobre y no puede elevar la lengua.
- Es un niño comunicativo, pero su habla es poco comprensible.
- Mantiene toma de biberón mañana y noche.

En un primer momento empezamos a trabajar la deshabitación del biberón y unas pautas generales de maduración con la familia. También pautamos ejercicios pasivos y activos de movilidad lingual posquirúrgicos para evitar anquilosar la cicatriz de la intervención del frenillo.

Intentamos valorar el lenguaje con la Prueba de Lenguaje Oral de Navarra (PLON 4), pero no fue posible por inmadurez del niño. Tenía dificultad para separarse de los padres y un alto grado de dispersión que imposibilitaba la valoración pautada. En observación, vemos múltiples errores fonológicos, con omisiones y simplificaciones. Ininteligibilidad en el habla, aunque buena intención comunicativa, funciones del lenguaje correctas y lenguaje estructurado.

La intervención se inicia con sesiones espaciadas cada quince días, con pautas a la familia de trabajo en casa y con el objetivo de ayudar a X a familiarizarse con la terapeuta y la terapia. En X de 20XX iniciamos el tratamiento semanal. Dado que el frenillo presenta buena evolución cicatrizal y permite realizar movimientos linguales, centramos los objetivos en aspectos fonológicos de:

- discriminación auditiva,

⁽⁵⁾E. Bottini, A. Carrasco, J. Corromina, G. Donato, P. Echevarri, y D. Grandi (2015). *Protocol d'exploració inicial interdisciplinària orofacial per a nens i adolescents*. Barcelona: Logopedicum.

- conciencia fonológica.

Todo ello lúdicamente y en cortos espacios de tiempo, ya que por su edad e inmadurez había dificultad para trabajar de manera sostenida y tolerar la frustración cuando cometía errores. Las sesiones se llevan a cabo con la familia en la sala de tratamiento y en entorno natural, con desplazamiento de la logopeda a la escuela en dos ocasiones y a casa de X en dos más.

En X de 20XX valoramos a X con la prueba PLON 5, con puntuación total de normal, aunque en forma (fonología) se detectan las siguientes alteraciones:

- Sustitución del sonido /s/ por /z/ (/zilla/ por /silla/) en todas las posiciones en la palabra (/doz/ por /dos/).
- Sustitución del sonido /r/ por /l/ o /d/ (/cada/ por /cara/).
- Simplificación de los grupos consonánticos con omisión de la consonante /l/ o /r/ (/banco/ por /blanco/).
- Omisión de /r/ a final de sílaba (/tade/ por /tarde/, y /R/ en cualquier posición (/oca/ por /roca/).

Actualmente la familia nos informa de que van a trasladarse de localidad, y por tanto dejarán el tratamiento en nuestro centro.

Aconsejamos que mantenga el tratamiento logopédico para acabar de mejorar la discriminación y la producción de los sonidos en los que presenta dificultades, con la finalidad de que no interfieran en su acceso a la lectoescritura.

Quedamos a su disposición para resolver cualquier duda.

Atentamente,

Localidad, fecha:

Nombre del profesional:

Número de colegiado:

Anexo 3. Modelo de autorización para el tratamiento de los datos

El/la paciente D./Dña. _____,
con DNI/NIE _____,

En caso de pacientes menores o personas incapacitadas (Ley 41/2002):

D./Dña. _____, con
DNI/NIE _____, en calidad de padre, madre o tutor legal.

Dirección _____, teléfono _____ y co-
rreo electrónico _____.

Al complementar el presente formulario, autoriza y da su consentimiento para el tratamiento de los datos personales en los términos siguientes:

Responsable. Le informamos de que el responsable del tratamien-
to es _____, con domicilio en la ca-
lle _____, tel. _____ y correo electrónico
_____.

La finalidad de la recogida de los datos es llevar a cabo la acción terapéutica solicitada y la correspondiente gestión administrativa de conformidad con el **Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo** y la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

El paciente declara dar su consentimiento para que la información que nos facilite pueda ser comunicada y contrastada con los profesionales del ámbito de la salud que puedan tener incidencia o sean de interés relevante para ofrecerle la acción terapéutica adecuada a sus necesidades.

Asimismo, si marca las casillas que se muestran a continuación, usted también acepta el tratamiento de sus datos para las siguientes finalidades:

- Autoriza y da su consentimiento para la grabación de su imagen y voz para poder hacer uso de ellas en conferencias, cursos, congresos, publicaciones y sesiones clínicas, con finalidades puramente formativas, terapéuticas o científicas.
- Autoriza y da su consentimiento, en caso de menores, para poder contactar y contrastar información con el maestro o tutor del centro educativo del menor, con el objetivo de permitir al profesional logopeda desarrollar de manera óptima y provechosa la acción terapéutica.

Legitimación. Consentimiento del interesado.

Conservación de los datos. Los datos asociados a su historia clínica se conservarán cumpliendo con los términos establecidos en las respectivas legislaciones autonómicas o, en su defecto, con aquellos que establezca la Ley 41/2002 de autonomía del paciente. El responsable certifica que ha implementado las medidas técnicas y organizativas recogidas en el **Reglamento (UE) 2016/679**, con el objetivo de garantizar la seguridad e integridad de los datos de carácter personal incluidos en los ficheros, y evitar su alteración, pérdida y tratamiento, o acceso no autorizados.

Destinatarios. En caso de que la prestación de nuestros servicios deba ir a cargo de la entidad aseguradora del paciente o de la Seguridad Social, el paciente autoriza la comunicación de sus datos, incluidos los datos de salud, para gestionar adecuadamente la relación con estas entidades y permitir la facturación de los servicios prestados.

Derechos. En cualquier momento, usted puede ejercer los derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición, limitar el tratamiento de sus datos, oponerse al tratamiento, o ejercer el derecho a la portabilidad de los mismos. Todo esto por medio de un escrito, acompañado de una copia de un documento

de identidad oficial que le identifique, dirigido al RESPONSABLE. En caso de disconformidad con el tratamiento, usted tiene el derecho a presentar una reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos.

En _____, a __ de _____ de _____

Firmado: _____