
Tipologías de intervención logopédica

PID_00272201

Laia Cardús Parera
Alfonso Igualada Pérez

Tiempo mínimo de dedicación recomendado: 2 horas




Laia Cardús Parera

Diplomada en Logopedia y en Magisterio de Educación Especial por la Universitat Ramon Llull. También ha cursado el máster de Psicología de la educación de la Universitat de Barcelona y ha hecho formación sobre Psicología de la gestalt específica para niños y adolescentes. Actualmente dirige su gabinete de logopedia y es maestra de pedagogía terapéutica en una escuela rural. También imparte formaciones a profesionales de la educación especializados en trastorno del espectro autista (TEA), trastorno específico del lenguaje (TEL) y sistemas alternativos y aumentativos de la comunicación (SAAC).


Alfonso Igualada Pérez

Diplomado en Logopedia por la Universitat de València, máster en Fonética y fonología por el CSIC-UIMP, máster en Lingüística general y aplicada por la UPF y doctorado en Ciencias del Lenguaje por la Universitat Pompeu Fabra. Actualmente es profesor titular de los Estudios de Psicología y Ciencias de la Educación de la Universitat Oberta de Catalunya, donde dirige el grado de Logopedia e imparte docencia en el máster Dificultades del aprendizaje y trastornos del lenguaje. Tiene práctica terapéutica como logopeda en el ámbito de la atención temprana a la infancia, especializado en disfagia, trastornos del lenguaje y trastornos del espectro autista, así como formación en artes del movimiento y en teatro, con un enfoque terapéutico. Su investigación se centra en el desarrollo del lenguaje, la comunicación gestual, las habilidades sociocomunicativas y pragmáticas y la prevención, la evaluación y el tratamiento de los trastornos del lenguaje y los trastornos del espectro autista. Fruto de su investigación ha publicado artículos en varias revistas científicas.

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

Primera edición: febrero 2020
 © Laia Cardús Parera, Alfonso Igualada Pérez
 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

1. Tipologías de intervención logopédica.....	5
1.1. Intervención logopédica individual o en grupos reducidos	5
1.2. Intervención en contextos naturales	7
1.2.1. Intervención basada en la familia	8
1.2.2. Intervención en el entorno educativo	10
1.3. Intervención multidimensional y unidimensional	14
1.4. Intervención directa e indirecta	15
1.5. Intervención logopédica y tecnologías de la información y la comunicación (TIC)	16
1.6. La teleintervención o intervención a distancia	17
2. Modelos, teorías y corrientes de intervención.....	21
Bibliografía.....	25

1. Tipologías de intervención logopédica

La planificación de la intervención logopédica requiere de la consideración de diferentes variables que harán posible ajustarse a las necesidades de la persona a la que se atiende y, por lo tanto, incidirán en su calidad de vida.

Algunas de estas variables se relacionan directamente con la toma de decisiones de cómo se llevará a cabo la intervención: qué tipo de formato, en qué contexto, con qué apoyos y bajo qué modelo teórico. Así pues, para facilitar la consecución de los objetivos planteados es importante saber valorar y elegir la tipología de intervención que se llevará a cabo. El conocimiento teórico de las diferentes modalidades de intervención es primordial para tomar decisiones sobre la práctica profesional.

1.1. Intervención logopédica individual o en grupos reducidos

Las prácticas de intervención logopédica pueden tener dos grandes formatos: las sesiones individuales y las sesiones en pequeños grupos. La gran mayoría de intervenciones logopédicas utilizan estos dos formatos según los objetivos y el tipo de trabajo.

Intervención individual: tipo de intervención basada en el formato de sesión (uno a uno) logopeda-paciente.

Tradicionalmente, las sesiones de logopedia se han llevado a cabo desde un punto de vista clínico, y por lo tanto el formato de sesión individual, solo con la participación del logopeda y de la persona que recibe la intervención, ha sido el más habitual. Estas sesiones se hacen en un contexto de despacho o de gabinete logopédico, y se llevan a cabo con pacientes de todas las edades y con cualquier tipo de trastorno. Se puede afirmar que no hay un perfil concreto de paciente que necesite este formato de manera explícita.

El formato de estas sesiones tiene las siguientes ventajas:

- Se adapta a las necesidades específicas de la persona y a los objetivos concretos de aprendizaje y de intervención.
- Permite ajustar de manera individualizada y permanente la ayuda y los apoyos necesarios según la evolución de la sesión.

- Permite trabajar de manera muy focalizada las dificultades severas que presenta la persona, a las que hay que aplicar un apoyo o una práctica intensa y reiterada.
- Facilita la atención y la concentración de la tarea por parte del paciente, sobre todo si tiene dificultades de atención.

Pero también presenta algunas carencias o puntos débiles:

- Se vuelve una situación concreta y descontextualizada.
- Puede ser pesado para el paciente, dado que todo el foco se centra en él y en su trabajo.
- Hay una relación desigual entre logopeda y paciente en cuanto a las habilidades lingüísticas de ambos.

El segundo formato de intervención se basa en el trabajo en pequeños grupos. A pesar de que también es un formato empleado en prácticamente cualquier edad y trastorno, a menudo es el método más utilizado en las escuelas (alumnado que presenta dislalias, dificultades de expresión oral o necesidades específicas de apoyo en la lectoescritura, entre otros trastornos) y también en el ámbito sanitario y/o sociosanitario, donde se suele emplear bastante con grupos de pacientes que presentan patologías de la voz, rehabilitación de funciones orales no verbales y personas con afasia que deben mejorar la expresión oral, entre otros trastornos.

Intervención en pequeños grupos: tipo de intervención en el que la sesión está formada por el logopeda y entre dos y cuatro personas más que necesitan intervención logopédica.

Este formato de intervención presenta también bastantes potencialidades:

- Permite el trabajo entre iguales de manera simultánea; bien porque son pacientes con las mismas o similares dificultades lingüísticas, bien porque son pacientes de la misma edad.
- Favorece el trabajo emocional del paciente, dado que observa que hay más personas con las mismas necesidades y dificultades que él.
- Permite aprender por medio del trabajo de la otra persona: observar y corregir lo que hace el otro, aprovechar el *feedback* que el logopeda les da, aprender estrategias que los compañeros utilizan, etc.

- La sesión se vuelve más dinámica porque permite trabajar más a partir del juego, llevar a cabo una conversación con diferentes agentes comunicativos, etc.
- Este formato se da también en contextos más naturales, como el entorno escolar, aunque no es un formato de intervención totalmente inclusivo, puesto que el grupo de alumnos no está dentro del aula ordinaria durante la sesión.

Hay que mencionar, no obstante, que también tiene algunos puntos débiles:

- Los objetivos de trabajo pueden no ser del todo específicos para el paciente, ya que hay otras personas en la sesión con otras necesidades, y por lo tanto estas deben ser necesariamente más globales.
- El tiempo de trabajo destinado a cada paciente disminuye.
- Si la persona tiene dificultades de atención, facilita que se distraiga y pierda la concentración en la tarea. Por este motivo, es muy importante tener especial cuidado con el diseño de intervención.

Corresponde al logopeda, como profesional, establecer qué formato de intervención es el más adecuado según la demanda, las necesidades y las habilidades de la persona.

Sin embargo, cabe decir que **a menudo se utilizan formatos de intervención híbridos**, es decir, el paciente hace algunas sesiones individualmente y otras las hace en pequeños grupos. Esto permite utilizar las potencialidades que ambos formatos tienen para favorecer la mejora del paciente. El formato de intervención debe ser flexible y susceptible de modificarse, es decir, el logopeda ha de poder variar el formato de sesiones según la evolución y las nuevas necesidades de intervención que se vayan produciendo.

1.2. Intervención en contextos naturales

Tradicionalmente, la logopedia se ha basado en el denominado *modelo experto*, fundamentado en una intervención logopédica más ambulatoria, clínica, centrada en el paciente que presenta las dificultades comunicativas, y llevada a cabo por una persona experta, en este caso el logopeda, que es quien marca la pauta a lo largo de toda la evaluación y la intervención.

Sin embargo, basándonos en las premisas de que el ser humano es un ser social y que tanto la comunicación como el lenguaje son elementos sociales que se desarrollan y evolucionan mediante la interacción con el entorno (Vygotsky, 1978), a lo largo de los últimos años ha empezado a aparecer con fuerza la

intervención naturalista, que apuesta por un modelo más social centrado en el paciente, pero también tiene muy en cuenta la familia y el entorno (Escorcía, García, Orcajada, y Sánchez, 2016).

Desde este punto de vista, por lo tanto, se considera que **las personas que presentan dificultades de comunicación forman parte de un contexto que hay que tener muy en cuenta** en el momento de la evaluación y durante toda la intervención. Este enfoque representa un cambio de paradigma porque:

- Da mucha importancia a los contextos significativos de la persona y a las necesidades comunicativas que se derivan de estos
- Establece un trabajo de empoderamiento centrado en la familia.
- Favorece un trabajo interdisciplinario.

1.2.1. Intervención basada en la familia

Diferentes investigaciones sobre el conocimiento neurocientífico relacionado con la plasticidad cerebral y el aprendizaje han demostrado que para aprender es necesaria la acción, junto a la intención y la emoción. Estos elementos siempre se dan en situaciones contextualizadas en entornos naturales y son difíciles de reproducir en un espacio de tratamiento (Cummings, 2018). A esto se suman diferentes teorías sobre el desarrollo infantil de base sociointeraccionista (Bruner, 1977), así como la teoría ecológica de Bronfenbrenner (1979), que da una gran importancia a la familia y al entorno, y a las características del contexto y a las interacciones sociales, para el desarrollo en general y sobre todo para el desarrollo del lenguaje.

Intervención basada en el trabajo con la familia: tipo de intervención en el que la familia de la persona que recibe la intervención logopédica se considera una pieza clave en la evaluación, el diagnóstico y la intervención.

Tal como apunta Cummings (2018), **la familia tiene un rol importante durante toda la atención logopédica** porque:

- Permite tener una información más esmerada de las dificultades comunicativas del paciente: la familia puede aportar muestras de trabajos escritos y rutinas diarias, puede explicar situaciones comunicativas concretas, cómo se desarrolla en diferentes entornos, etc.
- Aumenta el tiempo de terapia: si **se empodera** a la familia, esta puede hacer los diferentes ejercicios, ofrecer una buena retroalimentación y volverse un buen modelo.

- Permite llevar a cabo una **valoración sobre la evolución más cualitativa**: la familia puede valorar cambios (aunque sean sutiles) sobre las funciones comunicativas del paciente en diferentes entornos, contextos comunicativos y personas que no se podrían valorar en un entorno clínico.
- Favorece la **generalización**: la familia puede facilitar a la persona el aprendizaje de estrategias y la mejora de las habilidades lingüísticas afectadas en los diferentes contextos comunicativos significativos para ella.
- Tiene un papel muy importante: ofrece **apoyo y acompañamiento emocional** a la persona.

Cummings apunta también que para llevar a cabo un buen trabajo junto con la familia, el logopeda debe:

- Hacer partícipes a los miembros de la familia de las diferentes decisiones respecto a la intervención.
- Fomentar el empoderamiento, ofrecer un buen asesoramiento clínico, informar sobre las dificultades comunicativas que presenta el familiar y las consecuencias que esto tiene y enseñar las estrategias y las técnicas de intervención para realizar las prácticas en casa.
- Establecer una colaboración positiva con la familia basada en el respecto a las capacidades, los recursos, la dinámica, la historia familiar y las necesidades de la familia (Turnbull y Turnbull, 2001; Turnbull, Turnbull, y Kyzar, 2009).
- Llevar a cabo un programa individual de apoyo familiar (PIAF), documento que recoge toda la planificación de la intervención (McWilliam, 2012).
- Establecer un trabajo interdisciplinario con otros profesionales.

Aunque se ha demostrado la eficiencia y la eficacia¹ de los enfoques de intervención naturalista en prácticamente cualquiera de los trastornos vinculados al lenguaje y a la comunicación, esta intervención se ha aplicado principalmente a dos grandes grupos de población. En primer lugar, a personas que presentan la necesidad de un sistema aumentativo y alternativo de comunicación² (SAAC). Estos tipos de apoyos se llevan a cabo para que la persona pueda comunicarse con el entorno y al revés; por lo tanto, hay que adaptar las capacidades, las necesidades y la demanda comunicativa del paciente y, además, formar a la familia y a otras personas significativas que se comunican con él y tomar decisiones conjuntas, exigencias que conforman un enfoque claramente naturalista.

⁽¹⁾El concepto de *eficacia* hace referencia a la capacidad de conseguir los objetivos de intervención planteados, mientras que el concepto de *eficiencia* se refiere a la consecución de estos objetivos con la menor cantidad de recursos posibles. Dentro de la intervención logopédica es importante el binomio eficiencia-eficacia para cumplir los objetivos de intervención utilizando los recursos disponibles.

⁽²⁾Los sistemas aumentativos y alternativos de comunicación (SAAC) son herramientas que facilitan la comprensión y la expresión oral de las personas que tienen dificultades graves de comunicación. Estas herramientas generalmente son plafones que contienen el vocabulario importante para que la persona se pueda comunicar. Estos sistemas pueden ser empleados como:

- Comunicación aumentativa: cuando la inteligibilidad del habla está afectada, y por lo tanto el plafón de comunicación ayuda a aumentar las posibilidades de comunicación. También se utiliza para personas con dificultades de comprensión o para estimular el lenguaje en general.
- Comunicación alternativa: como sustituto del habla, dado que la persona prácticamente no emite ningún sonido o la inteligibilidad está gravemente afectada.

En segundo lugar, la atención precoz y el trabajo centrado en la familia es otro tipo de intervención que se puede clasificar dentro de la intervención basada en la familia, dado que se ha demostrado que la familia y los cuidadores de los niños en edades tempranas tienen mucha influencia en el desarrollo global y, especialmente, en la evolución del lenguaje (Escorcía *et al.*, 2016).

Atención precoz: tipo de intervención centrada en niños y niñas de edades tempranas (entre 0 y 6 años). La atención precoz permite aprovechar la gran capacidad de aprendizaje de los niños, gracias a su plasticidad neuronal, para que adquieran y desarrollen las habilidades afectadas. La atención precoz permite identificar enseguida las dificultades y necesidades que pueda tener el niño, y por lo tanto intervenir lo mejor posible.

1.2.2. Intervención en el entorno educativo

La escuela es un contexto natural privilegiado para el desarrollo del lenguaje, dado que ofrece una red de situaciones formales e informales y una gran cantidad de situaciones comunicativas con diferentes interlocutores (alumnado-maestros, alumnado-compañeros, alumnado-grupo, entre otros) que la convierten en un microcosmo donde está representada casi la totalidad de los usos sociales del lenguaje (Chaparral y Sánchez, 2005).

Además, si tenemos en cuenta las opiniones vygotskianas que afirman que el lenguaje se desarrolla a partir de la interacción social, este conjunto de interacciones comunicativas, si son planificadas y trabajadas por parte de los docentes, aumentan su potencial de aprendizaje.

El sistema educativo actual tiende al concepto de *inclusión*. Booth (2002) afirma que la educación inclusiva está constituida por un conjunto de valores que impregna tanto la cultura como las políticas educativas y las prácticas de enseñanza-aprendizaje, que permiten asegurar que todas las personas, independientemente de su origen socioeconómico y cultural y de sus capacidades innatas o adquiridas, tengan las mismas oportunidades de aprendizaje en cualquier contexto educativo, a la vez que se contribuye a generar sociedades más justas y equitativas (Departament d'Ensenyament, 2015).

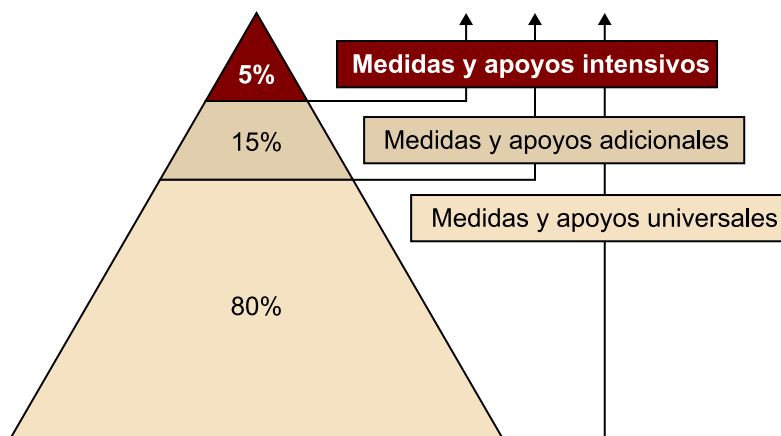
De esta afirmación se extrae la necesidad de que el modelo de escuela actual ofrezca oportunidades de aprendizaje para todo tipo de alumnado. En este sentido, las concepciones hasta ahora más vinculadas a la clínica consistentes en atender al alumnado con dificultades del lenguaje fuera del aula van perdiendo peso, ya que la inclusión apuesta por brindar los apoyos necesarios al alumnado que lo requiera en entornos lo más ordinarios posible.

En el contexto de Cataluña, el Departament d'Ensenyament (2015) plantea que los apoyos pueden ser:

- Universales: para la totalidad del alumnado.
- Adicionales: para el 20 % del alumnado.
- Intensivos: para el 5 % del alumnado.

Figura 1. Pirámide de los apoyos

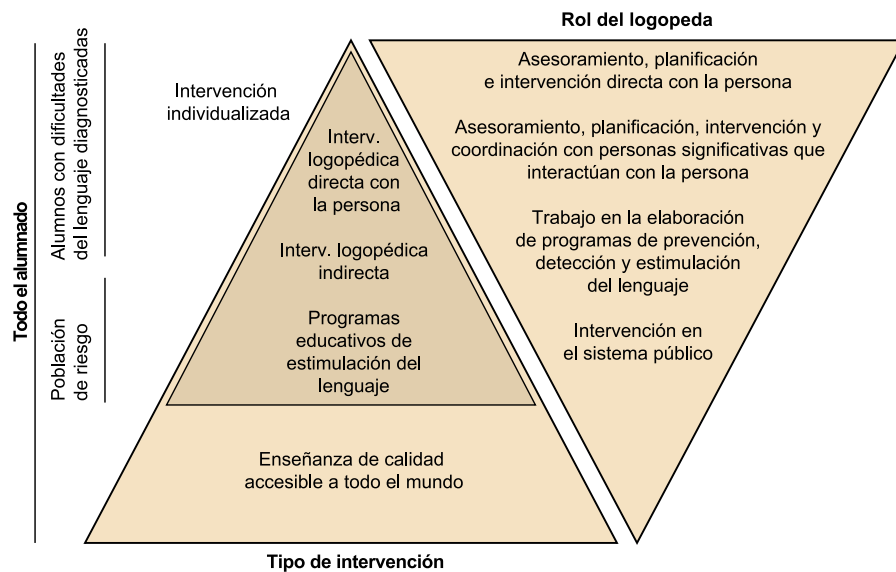
Medidas efectivas para el éxito educativo de todo el alumnado



Fuente: Departament d'Ensenyament, 2015.

En esta línea, y centrándose más en el trabajo del logopeda, Ebbels, McCartney, Slonims, Dockrell y Norbury (2019) establecen la pirámide de apoyos vinculada al lenguaje, que como profesionales nos da una guía sobre qué derivaciones, qué apoyos y qué tipología de intervenciones habría que llevar a cabo en el ámbito escolar, específicamente en el área de logopedia.

Figura 2.



Pirámide basada en Ebbels y otros (2019). La autora establece la relación entre el tipo de intervención y el rol del logopeda según la intensidad de apoyos que necesita la persona.

Si relacionamos una pirámide con la otra y las vinculamos al tipo de apoyo que debe llevar a cabo el logopeda (triángulo invertido), observamos que:

- Las medidas universales de aprendizaje (primer nivel) vinculadas al desarrollo del lenguaje también van destinadas a todo el alumnado, y hacen referencia a establecer un conjunto de apoyos, metodologías y estrategias en el aula que favorezca el desarrollo y el aprendizaje del lenguaje para todo el mundo. La tarea del logopeda en este nivel es la de asesorar al cuerpo docente en el diseño de actividades educativas que favorezcan el desarrollo del lenguaje. Se trata de un trabajo más vinculado a asesorar en la programación de las unidades didácticas ligadas al currículo para llevar a cabo una buena estimulación y un buen desarrollo del lenguaje (oral y escrito), prevenir posibles atrasos del lenguaje y detectar al alumnado en situación de riesgo.
- En el segundo nivel se encontrarían las medidas adicionales, dirigidas al alumnado que está en riesgo o presenta algunas dificultades de adquisición, de aprendizaje o de desarrollo del lenguaje. Estas medidas se basan en programas de lenguaje más específicos, en los que el logopeda ya interviene de una manera más clara por medio del asesoramiento al equipo de maestros y a la familia, y del trabajo directo con el alumnado. El formato de intervención con el alumnado en este nivel se realiza sobre todo en grupos reducidos de alumnos que presentan necesidades educativas similares y que siguen un mismo programa de intervención en el lenguaje.
- En el tercer nivel ya hablamos de un alumnado que requiere un conjunto de apoyos intensivos, y por lo tanto tiene un grado de afectación del lenguaje más severo y complejo. Estas necesidades derivan de trastornos inherentes al individuo, como, por ejemplo, algún tipo de trastorno del lenguaje escrito u oral, así como también algún tipo de discapacidad que

incide significativamente en el lenguaje; también pueden derivar de factores contextuales, como una falta de estimulación del lenguaje en casa, sobreprotección o dificultades de crianza por parte de las familias, entre otras. En este último nivel, el alumnado requiere una intervención logopédica más individualizada y sistemática, y el asesoramiento del logopeda se vuelve capital de cara al empoderamiento de los docentes que lo atienden y de los familiares para garantizar una atención educativa ajustada a sus necesidades, para que la familia pueda llevar a cabo un buen trabajo comunicativo y de apoyo académico en casa.

Teniendo en cuenta estas premisas, el rol del logopeda es importante porque (Chaparral y Sánchez, 2005):

- Debe velar por llevar a cabo un **trabajo interdisciplinario** en colaboración con todo el cuerpo docente y con otros profesionales externos, para marcar unos objetivos de trabajo conjuntos y establecer una estrategia de intervención común que dé una respuesta educativa eficaz.
- Debe sustituir la visión que se basa en el modelo clínico, centrada en la etiología del déficit, por una **valoración del comportamiento lingüístico del alumnado en el contexto natural de la escuela** y en las interacciones comunicativas que se establecen.
- **Debe asesorar y empoderar al equipo de profesionales** que trabajan con el alumnado sobre cómo ofrecer una buena respuesta educativa que garantice el desarrollo del aprendizaje y del lenguaje.

Hay dos grandes figuras profesionales dentro del entorno educativo que trabajan con alumnado con dificultad de lenguaje y de comunicación; por un lado están los logopedas, y por otro los maestros de audición y de lenguaje (MAL). Estos dos perfiles profesionales coinciden en el área de intervención, pero hay que tener en cuenta cuáles son las tareas de cada uno y fomentar el trabajo en equipo para una buena intervención en el ámbito educativo. La tabla siguiente muestra la idiosincrasia de cada profesión.

Colectivos que atiende		Principales competencias de cada profesional	
Logopeda	MAL	Logopeda	MAL
Personas con trastornos de la voz, el habla, el lenguaje, la cognición, la deglución y la audición.	Alumnado con necesidades específicas de apoyo educativo (NESE) que presentan dificultades relacionadas con el uso normativo del lenguaje o con la comunicación.	<p>Prevención, evaluación, diagnóstico y tratamiento de las dificultades de comunicación, lenguaje, habla, voz, audición y funciones orales no verbales. Colaboración con centros educativos, CDIAP y centros de atención sociosanitaria, entre otros.</p> <p>Programación, planificación y tratamiento de los diferentes trastornos del lenguaje y de la comunicación y de los trastornos orales no verbales.</p> <p>Asesoramiento a profesionales de la educación y la sanidad. Desarrollar tareas de investigación científica.</p>	<p>Intervención educativa de alumnado con NESE.</p> <p>Realizar las adaptaciones metodológicas y curriculares junto con el tutor del aula.</p> <p>Asesoramiento en el claustro.</p> <p>Entrevistas con las familias.</p> <p>Coordinación con el departamento psicopedagógico del centro.</p> <p>Colaboración con el proceso de evaluación psicopedagógica.</p>

1.3. Intervención multidimensional y unidimensional

El lenguaje puede dividirse en diferentes aspectos: **morfología, sintaxis, léxico, semántica y pragmática**. Actualmente, cada uno de estos aspectos puede evaluarse individualmente por medio de diferentes pruebas cuantitativas y cualitativas, lo que nos permite determinar si hay o no afectación en alguno de estos elementos, así como también determinar en qué grado. Tradicionalmente, la logopedia se ha basado mucho en el modelo clínico de intervención, que se centraba en el déficit, es decir, en aquello que la persona no podía hacer. Desde esta perspectiva, la intervención era unidimensional y se focalizaba en rehabilitar o reeducar el aspecto del lenguaje alterado sin tener en cuenta lo preservado ni tampoco el entorno de la persona. Así, por ejemplo, se podía poner el foco de intervención en el trabajo de rehabilitación de la habilidad lingüística alterada sin tener en cuenta otros aspectos que podían influir en esta habilidad, o el grado de afectación que el trastorno implicaba para la calidad de vida de la persona.

Intervención unidimensional: tipo de intervención centrada exclusivamente en la persona y que solo tiene en cuenta el trabajo de la función alterada, entendiéndola de manera fragmentada.

Aunque se pueda establecer una línea diferenciada sobre cada aspecto del lenguaje, los modelos de intervención actuales empiezan a cambiar el concepto tan restrictivo de la intervención y entienden el lenguaje de manera global, como un todo, sobre todo en cuanto a la intervención. Y es que una dimensión puede afectar a la otra, ya que cuando la persona está en una situación comunicativa las dimensiones se dan simultáneamente.

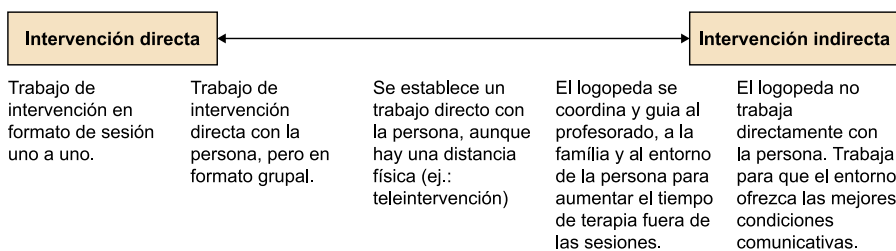
Teniendo en cuenta esta afirmación, la intervención logopédica, aunque seguramente fundamentará los objetivos de trabajo en las dimensiones más afectadas según la evaluación, es necesario que tenga una mirada más holística y global, multidimensional.

Intervención multidimensional: tipo de intervención que entiende el trastorno o la dificultad como algo que no solo puede afectar desde un punto de vista lingüístico o comunicativo, sino en el ámbito social, familiar, emocional, etc. Por lo tanto, hay que tener en cuenta estos otros aspectos para llevar a cabo una intervención eficaz.

1.4. Intervención directa e indirecta

Hay dos grandes tipos de intervención logopédica: la intervención directa y la intervención indirecta. Cummings (2018) establece un continuo de modelos de intervención basado en estos dos grandes modelos.

Figura 3.



Esquema basado en Cummings (2018) que muestra la relación entre el tipo de intervención directa-indirecta según la práctica que se lleve a cabo.

El propio Cummings establece que la intervención directa con la persona es algo efectivo cuando:

- Presenta un trastorno grave de comunicación que requiere hacer una intervención más intensiva.
- Necesita trabajar determinados aspectos de manera repetitiva y concreta.
- Tiene dificultades graves vinculadas a la atención, la concentración y la conducta, por ejemplo, inatención, hiperactividad e impulsividad.

Esta intervención directa también se puede llevar a cabo en pequeños grupos de trabajo con personas que presentan trastornos y necesidades comunicativas similares.

Ved también

Ved el apartado 1.1. «Intervención logopédica individual o en grupos reducidos» para saber más.

Cada vez más, el entorno y las personas que forman los contextos significativos de la persona que recibe la intervención son agentes imprescindibles para establecer unos objetivos de trabajo ajustados a las necesidades reales y garantizar que estos se logran de manera óptima.

Por lo tanto, es imprescindible llevar a cabo un buen trabajo basado en los apoyos necesarios según el contexto y en empoderar a las personas significativas, sobre todo la familia y a otras como los maestros o los profesionales, los compañeros de trabajo y las amistades, entre otras.

Ved también

Ved el apartado 1.2.1. «Intervención basada en la familia» para saber más.

1.5. Intervención logopédica y tecnologías de la información y la comunicación (TIC)

Actualmente estamos inmersos en la sociedad de la información, un escenario en el cual las nuevas tecnologías han irrumpido prácticamente en cualquier contexto de la vida diaria. A pesar de que casi no hay evidencias que vinculen la logopedia y las TIC, hay algunos campos donde la tecnología ha tenido un papel capital en la intervención logopédica. Por ejemplo, en el caso de los sistemas alternativos y aumentativos de la comunicación (SAAC), un método destinado a personas que debido a diferentes trastornos presentan dificultades graves de comunicación. Estas personas se han llegado a comunicar gracias a los plafones de comunicación, y las TIC han sido clave en el desarrollo, la accesibilidad y la adaptación de este tipo de apoyo. En este sentido, la aparición de los primeros ordenadores con programas que servían de comunicadores significó un verdadero cambio cualitativo. Tal como indica Millet:

«Las nuevas tecnologías han sido una revolución en el campo de la logopedia, y, muy especialmente, en la parálisis cerebral. El profesional de la logopedia debe tener en cuenta este ámbito en su intervención, dado que en muchas ocasiones es imprescindible».

S. Millet (2005). Logopedia y tecnología. *Aloma*, 17.

Actualmente, gracias a los ordenadores más avanzados, a las tabletas y a los teléfonos móviles se ha facilitado todavía más el acceso, el uso, la portabilidad y la capacidad de adaptar los plafones de comunicación en función de la evolución comunicativa de la persona.

Otra ventaja importante de las TIC es que son un apoyo educativo y de acceso a la información importante para el alumnado con trastornos de aprendizaje, ya que presentan lectores de textos o programas que escriben mientras el alumnado habla, un software muy visual e intuitivo con poca letra, una adaptación de la medida y del contraste de la imagen, entre otras muchas prestaciones que facilitan el aprendizaje. Las TIC son un elemento atractivo y fácil de manipular en diferentes contextos para las personas, especialmente si son

niños o adolescentes, y es por eso por lo que se pueden utilizar para trabajar diferentes finalidades comunicativas: demanda del objeto, elegir entre diferentes opciones, trabajar la formulación de frases o de vocabulario, etc.

También hay que tener en cuenta la creciente importancia de las aplicaciones para tabletas. Hay algunas aplicaciones para trabajar diferentes trastornos vinculados a la intervención logopédica, como por ejemplo, Dysegxia (Rello, Bayarri, y Gorriz, 2013), creada para intervenir en personas con dislexia. Aunque el número de aplicaciones exclusivas para trabajar la intervención logopédica es escaso, sí que hay una gran cantidad que, a pesar de no estar diseñadas expresamente para la logopedia, pueden ser muy útiles porque complementan muy bien la intervención, puesto que:

- Son atractivas y la persona las relaciona con algo lúdico.
- Se puede ofrecer mucha variedad a lo largo de las sesiones.
- Muchas detectan el nivel del usuario y modifican los ejercicios según los resultados.
- Una misma aplicación puede programarse por niveles y utilizarse para personas con trastornos de diferente grado o de edades muy diversas.
- Tienen un precio muy asequible, o incluso son gratuitas.
- Pueden ser una buena herramienta para trabajar en casa.
- Se pueden usar como recompensa si se ha trabajado bien, o para hacer una pausa durante la sesión.

En cualquier caso, hay que tener presente que el trabajo con las TIC dentro de la intervención logopédica se ha de planificar sobre la base de las necesidades y los objetivos de intervención para la persona atendida.

1.6. La teleintervención o intervención a distancia

La teleintervención o intervención a distancia es una disciplina que ha evolucionado a partir de la aplicación de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) al campo de la salud. En el ámbito de la medicina se han utilizado numerosos términos, como por ejemplo, *telemedicina*, *teleatención*, *e-salud*, *informática médica*, *teleasistencia médica o sanitaria*, o *medicina a distancia*, una variedad que refleja la progresión dinámica de este campo.

Dentro del marco profesional de la logopedia, la American Speech-Language-Hearing-Association (ASHA) da apoyo a la teleintervención desde el año 2005. La ASHA adoptó el término *telepráctica* (en inglés, *telepractice*) en lugar de los términos utilizados frecuentemente (*telemedicina* o *telesalud*) para evitar la percepción errónea de que estos servicios se usan solo en entornos de atención médica. También utilizan otros términos como *teleaudiología*, *telehabla* (en inglés, *telespeech*) y *telelogopedia* (en inglés, *telespeech therapy*), además de *telepráctica*. Los servicios prestados por audiólogos y logopedas se incluyen en el término genérico más amplio de *telerrehabilitación*. Por otro lado, la ASHA utiliza los términos *telesupervisión* o *supervisión a distancia* y *educación a distan-*

cia (en inglés, *telesupervision* o *distance supervision* y *distance education*, respectivamente) para servicios de supervisión y asesoría, previos al servicio o a la educación continua. En este texto utilizamos el término **teleintervención** para el campo de la logopedia porque se adecua a los diferentes contextos de intervención del logopeda (contextos sanitario, educativo, sociosanitario y socio-educativo).

La teleintervención implica el uso de servicios síncronos y asíncronos de la interacción entre el terapeuta y el cliente. Los servicios síncronos permiten una interacción con el cliente en tiempo real mediante audio y vídeo para generar una sensación de encuentro en un mismo lugar físico. Los servicios asíncronos permiten el envío y el almacenamiento de imágenes, audios, vídeos y datos para que los profesionales y los clientes los analicen. Algunos ejemplos de servicios asíncronos son la grabación de vídeos en un entorno natural para comentarlos posteriormente, la grabación de las sesiones en directo o el envío de información en formato digital para la realización de ejercicios. El centro de atención de la intervención puede encontrarse en el paciente, el familiar o en la coordinación con otro profesional.

Los **usos principales de la teleintervención en logopedia** son los siguientes:

- Proporcionar servicios a pacientes remotos: diagnóstico, exploración, tratamiento, seguimiento, monitorización, colaboración entre profesionales, educación, etc.
- Gestionar procesos relacionados con la intervención: gestión de citas, etc.
- Facilitar el intercambio de información entre otros especialistas: elaboración de protocolos, sesiones clínicas, segunda opinión, etc.
- Transferir datos clínicos: compartir historias clínicas, firma de consentimientos informados, llenar formularios, etc.

Según un estudio de revisión, las categorías principales de intervención utilizadas en teleintervención para ofrecer apoyo a familiares son las siguientes (Chi y Demiris, 2015):

- Educación.
- Consulta (desde el apoyo a la toma de decisiones).
- Terapia conductual psicosocial o cognitiva (incluye el entrenamiento para la resolución de problemas).
- Apoyo social.
- Recogida de datos y monitorización.
- Envío de material para el cuidado.

El uso extendido de las TIC hace que la teleintervención sea de utilidad en cualquier contexto. Sin embargo, hay que tener en cuenta que es especialmente indicada en escenarios como, por ejemplo, la intervención en el domicilio, la intervención en zonas rurales o la intervención naturalista. La intervención en el domicilio es uno de los contextos de aplicación de la teleintervención más importante actualmente, sobre todo en el caso de pacientes con movilidad reducida o crónicos. También es especialmente necesaria para los profesionales la intervención en escuelas o en centros de trabajo. Boisvert y Hall (2019) demostraron que el uso mixto de la intervención presencial y la teleintervención con logopedas que trabajan en contextos escolares es un método efectivo que permite reducir el tiempo de transporte físico y aumentar la eficacia de la programación de las sesiones. La intervención en zonas rurales o lejanas, a su vez, fue una de las primeras aplicaciones de la teleintervención, y todavía es una de las más destacadas, sobre todo porque reduce costes y supone ahorro del transporte. Por último, la intervención en un entorno naturalista a distancia permite acceder al entorno de comunicación natural del cliente sin la necesidad de que el terapeuta se desplace. Puede resultar especialmente interesante en su uso asíncrono, con la grabación de audio y vídeo para evaluar y analizar junto con el paciente los usos comunicativos, lingüísticos o deglutorios en su contexto habitual.

Los requisitos tecnológicos y sus limitaciones se deben planificar con antelación. Los apoyos tecnológicos utilizados en la mayoría de las intervenciones logopédicas mediante teleintervención son el ordenador, la cámara web, los auriculares con micrófono y la conexión a internet (Keck y Doarn, 2014). El uso de cámara audiovisual, grabadora de audio y programas para editar las grabaciones (recortar partes del fichero) puede ser necesario en el caso de la intervención asíncrona.

La teleintervención puede tener algunas limitaciones tecnológicas, como la necesidad de tener tecnologías avanzadas, la existencia de fallos de comunicación en la videoconferencia o la baja calidad de la grabación de audio o vídeo, pero se pueden resolver a través de la realización de pruebas breves de conexión, grabación o intercambio de datos para valorar las competencias TIC del cliente o a partir del uso de tecnología asíncrona para resolver las dificultades de las conexiones en tiempo real para evitar interferencias de audio y vídeo en una videoconferencia (Keck y Doarn, 2014).

Otro tipo de limitaciones pueden ser de índole humana y social: por ejemplo, la necesidad de proteger la privacidad, seguridad, integridad y confidencialidad de la información electrónica, que puede ser resuelta asegurando que la información sólo será compartida con las personas autorizadas en cumplimiento de la legalidad vigente. Otros tipos de limitaciones pueden ser la inexperience de las personas usuarias en el manejo de las TIC o su acceso limitado

por motivos económicos y de disponibilidad. Para resolver estas limitaciones, se pueden realizar tutoriales para el uso de las TIC y planes de formación para ayudar a superar el miedo inicial que se pueda tener, entre otras medidas.

La eficacia de la teleintervención en el campo de la logopedia se ha demostrado en diferentes tipos de terapia, por ejemplo en el caso de la terapia centrada en la familia (ved McCarthy, Leigh y Arthur-Kelly, 2019, para un estudio de personas con déficit auditivo) y en la intervención directa en pacientes (ved Sutherland, Trembath y Roberts, 2018, para un estudio de personas con autismo). En otro estudio de intervención del cáncer de cabeza y de cuello (Ward, Wall, Burns, Cartmill y Hill, 2017), pacientes y terapeutas expresaron su satisfacción ante el uso de la teleintervención. Las evidencias del estudio muestran que la teleintervención puede mejorar tanto el acceso del paciente a la intervención como los resultados y la eficiencia del servicio. Aunque todavía faltan evidencias para saber si la teleintervención en logopedia es una alternativa o una terapia complementaria a la terapia presencial, su eficacia se ha demostrado en diferentes poblaciones objeto de la intervención (persona con diagnóstico, familiar) y en diferentes áreas de la intervención de la logopedia (audición, comunicación, deglución). Además, la teleintervención es especialmente adecuada para los escenarios específicos de intervención que se han descrito.

2. Modelos, teorías y corrientes de intervención

La logopedia es una disciplina que siempre ha ido estrechamente ligada a la foniatría, la otorrinolaringología, la neurología y la psicología, entre otras. Esta vinculación no solo se produce en el estudio de los diferentes trastornos del lenguaje y de las funciones orales no verbales, sino también a la hora de intervenir. **Es por este motivo por lo que la logopedia utiliza diferentes modelos de intervención que provienen de varias corrientes y teorías del ámbito de la psicología.** El uso de un modelo o de otro dependerá del tipo de enfoque que el profesional tenga y del tipo de intervención que haya que llevar a cabo según la necesidad de la persona atendida.

Hay, pues, diferentes modelos, algunos empleados desde los inicios de la logopedia y otros que han aparecido a lo largo de los últimos años a partir de teorías y de modelos más actuales.

La tabla que se muestra a continuación repasa las características principales de los diferentes modelos y las teorías de intervención vinculadas a la práctica logopédica (Paul, 1995).

Tipo	Características principales
Modelo clínico	<p>Enfoca las diferentes dificultades del lenguaje desde una perspectiva orgánica, basándose en las causas de la dificultad. Las dificultades del lenguaje que no responden a una etiología clara o totalmente definida no se pueden ubicar mediante este modelo.</p> <p>Este modelo se centra mucho en el déficit, es decir, en aquello en lo que la persona muestra dificultades y/o en aquello que no puede hacer.</p> <p>Este modelo fue muy utilizado en los inicios de la intervención logopédica; actualmente, a pesar de que se tiene muy en cuenta el trastorno y el grado de afectación de la función, también se da mucha importancia a otros aspectos vinculados a las fortalezas de la persona, al contexto y a los apoyos, entre otros.</p>
Modelo conductual	<p>Se caracteriza por comparar las dificultades de la comunicación de la persona con el desarrollo normativo que le correspondería. De este modo se establece un plan de intervención logopédica que tiene como objetivo obtener las habilidades comunicativas más similares a lo que corresponde según la psicolingüística evolutiva.</p> <p>Uno de los máximos representantes de este modelo es Skinner. El modelo conductual dentro de la logopedia es empleado para la mejora de la intención comunicativa, el mantenimiento del turno de la conversación, las habilidades de iniciación de la comunicación y la realización de demandas, entre otras. Se emplea principalmente, por lo tanto, para trabajar aspectos iniciales de la comunicación puesto que se basa en reforzar aquellas conductas que se consideran deseables a través del que el modelo denomina acondicionamiento operante. Existen algunos programas como el método PECS (Pictures exchange communication system) con una estructura de trabajo muy pautada, que, si bien no corresponden a un modelo conductual puro, dentro del programa de intervención incluye muchos momentos basados en aspectos provenientes del modelo conductual como el hecho de condicionar la respuesta a un estímulo.</p>

Tipo	Características principales
<p>Modelo cognitivo</p>	<p>Se basa en las teorías evolutivas y de la educación de Piaget. Este autor estableció una relación entre la edad cronológica del niño y el desarrollo y aprendizaje de las diferentes funciones psicológicas superiores, entre las cuales hay el lenguaje.</p> <p>Este da mucha importancia a la interacción que el niño tiene con el entorno, puesto que a partir de este se lleva a cabo su desarrollo a través de proceso que denomina de <i>asimilación y acomodación</i>. Por lo tanto, si el niño no tiene contacto con el mundo, no puede aprender.</p> <p>Piaget establece un conjunto de periodos enmarcados dentro de diferentes franjas de edad en las cuales el niño es capaz de llevar a cabo un conjunto de aprendizajes concretos.</p> <p>Por lo tanto, si enmarcamos la intervención logopédica dentro del modelo cognitivo, esta principalmente es aplicable a niños con los cuales habrá que tener en cuenta el momento evolutivo en el que se encuentran (quizás la edad cronológica no se corresponda con la edad evolutiva). Además, si se lleva a cabo una intervención logopédica basada en el modelo cognitivo, también habrá que tener mucho en cuenta la interacción como base del desarrollo y aprendizaje del lenguaje.</p> <p>Este modelo, junto con el socioconstructivismo, son corrientes muy empleadas actualmente en la mayoría de teorías vinculadas al sistema educativo actual; por lo tanto, este modelo seguramente se enmarcará en el enfoque teórico que se lleva a cabo en el centro educativo donde asista el niño.</p>
<p>Modelo sociocultural</p>	<p>Este modelo tiene como autor principal a Lev Semiónovich Vygotski. Establece que el lenguaje es una función psicológica superior que se desarrolla a través de la interacción del individuo con la sociedad que lo rodea. Cuando el niño tiene contacto con el entorno a través de la socialización, se produce el que él denomina <i>mediación semiótica</i>, la cual permite integrar en él mismo aquello que está en el entorno.</p> <p>Un aspecto importante a tener en cuenta en la intervención logopédica sobre la teoría sociocultural es el concepto de zona de desarrollo próximo (ZDP): la persona puede encontrarse en el que Vygotsky denomina <i>zona de desarrollo real</i>, respecto al lenguaje o la comunicación, es decir, el nivel en que se encuentra la persona. Según el modelo, la tarea del logopeda es detectar esta zona y propiciar un conjunto de recursos y herramientas (zona de desarrollo próximo) que faciliten el logro de la llamada <i>zona de desarrollo potencial</i>, basada en los objetivos propuestos, es decir, donde se pretende que llegue la persona.</p> <p>La siguiente infografía explica este concepto:</p> <div data-bbox="858 1395 1382 1473" style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p style="text-align: center;">Zona desarrollo próximo (ZDP)</p> <hr style="border: 0.5px solid black;"/> <p style="text-align: center;">ZDR (zona desarrollo real) → Zona desarrollo potencial</p> </div> <p>Otro aspecto importante que aporta esta teoría es la vinculada con el pensamiento y el lenguaje. Para Vygostky, el lenguaje es el vehículo del pensamiento, el facilitador del desarrollo del pensamiento y la razón. Por lo tanto, teniendo en cuenta esta perspectiva, desde la intervención logopédica es muy importante el trabajo del lenguaje oral así como asegurar el aprendizaje de las bases que lo configuran para garantizar un buen acceso al aprendizaje. Un ejemplo de este hecho es la dificultad con la que se encuentran muchas de las personas con TEL/TDL (trastorno específico del lenguaje/trastorno del desarrollo del lenguaje), las cuales tienen dificultades significativas vinculadas al aprendizaje.</p>

Tipo	Características principales
Modelo innatista	<p>Este modelo fue creado por el famoso lingüista Noam Chomsky, a través del que él denomina la Teoría de la gramática universal. Esta teoría defiende la capacidad innata que tiene el ser humano para adquirir el lenguaje gracias a las habilidades que todos tienen para identificar y asimilar las estructuras básicas del lenguaje. Una de las aportaciones más importantes de esta teoría es la existencia de un «periodo crítico del lenguaje», en el cual los humanos tienen mucha más facilidad para adquirirlo gracias a la plasticidad neuronal.</p> <p>A nivel de intervención logopédica, el modelo aportado por Chomsky se tiene mucho en cuenta, sobre todo a nivel de las aportaciones vinculadas a la plasticidad neuronal y al periodo crítico del lenguaje.</p>
Modelo basado en el aprendizaje verbal significativo	<p>El máximo referente de este modelo es David Paul Ausubel. Este autor postula que el aprendizaje se llevará a cabo si es algo significativo para la persona; por lo tanto, si carece este sentido y significado, no se producirá. También afirma que estos aprendizajes iniciales serán el enlace y la base para que la persona pueda hacer aprendizajes posteriores. A nivel de aplicación del modelo a la intervención logopédica, hay que tener en cuenta que las tareas que se llevan a cabo tengan sentido y significado para la persona que recibe la intervención, para que pueda integrar los diferentes aprendizajes vinculados al lenguaje que haga a lo largo de las sesiones con el fin de lograr los objetivos de intervención propuestos.</p>
Modelo naturalista	<p>En este modelo, el logopeda reajusta, adapta y modifica el entorno para favorecer la estimulación, el aprendizaje y el desarrollo del lenguaje en las diferentes situaciones comunicativas cotidianas. Para hacerlo, selecciona determinadas tareas que facilitan la interacción comunicativa de manera más fluida e interactiva por medio de las necesidades y de los intereses de la persona que recibe la intervención.</p>
Modelo lingüístico	<p>La intervención se lleva a cabo desde un enfoque exclusivamente psicolingüístico.</p> <p>El logopeda puede adoptar un enfoque funcional en el que dé más importancia a todos los procesos vinculados al uso del lenguaje. Sin embargo, también puede adquirir un enfoque más formal, en el que prioriza todas las cuestiones relacionadas con la forma y el contenido del lenguaje.</p> <p>Hay que mencionar que, evidentemente, también puede elegir una vía más integradora en la que plantee objetivos vinculados tanto al uso como a la forma y al contenido del lenguaje.</p>

Es muy probable que al hacer la lectura de los distintos modelos se haga la reflexión de que en una misma práctica logopédica se emplean herramientas de diferentes enfoques. Esto es algo usual y cotidiano en la mayoría de logopedas, dado que **a menudo la tendencia recae en aplicar modelos híbridos que incluyan herramientas y recursos de diferentes modelos para ofrecer una atención de calidad ajustada a la persona y a sus necesidades y potencialidades.** Por este motivo es importante conocerlos todos.

Bibliografía

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

Turnbull, A., Turnbull, R., y Kyzar, K. (2009). Family-Professional Partnerships as Catalysts for Successful Inclusion: A United States of America Perspective. *Revista de educación*, 349. Recuperado en: http://www.revistaeducacion.educacion.es/re349/re349_04ing.pdf.

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

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