
Planificación de la intervención logopédica

PID_00272203

Alberto Sánchez Pedroche
Cristina Mumbardó Adam

Tiempo mínimo de dedicación recomendado: 2 horas



**Alberto Sánchez Pedroche**

Es maestro especializado en educación especial, licenciado en Psicopedagogía por la Universitat de Barcelona y diplomado en Logopedia por la Universitat Autònoma de Barcelona. Cursó el máster oficial interuniversitario en Educación inclusiva de la Universitat de les Illes Balears y el máster oficial en dificultades de aprendizaje y trastornos del lenguaje de la Universitat Oberta de Catalunya. Actualmente es investigador predoctoral en el programa de educación de la Universitat de les Illes Balears y colabora con el grupo Investigación, Desarrollo, Educación y Lenguaje (I+DEL) del Institut de Recerca i Innovació Educativa (IRIE). Es profesor asociado en la misma universidad del Departamento de Pedagogía Aplicada y Psicología de la Educación. También es profesor colaborador del grado de Logopedia de la UOC y director pedagógico de la escuela Mare de Déu de les Neus (Sant Jordi de ses Salines, Ibiza).

**Cristina Mumbardó Adam**

Doctora en Psicología. Actualmente ejerce su labor docente en estudios de grado y máster en diferentes universidades (Universitat Oberta de Catalunya, Universidad de Barcelona y Universidad Ramon LLull). Su ámbito de investigación reside en la evaluación y la mejora de la calidad de vida de niños/as y adolescentes con discapacidad intelectual y/o del desarrollo, y con trastorno del espectro autista (TEA) en sus diferentes contextos de vida. También es colaboradora del Instituto Diagnóstico de Atención Psiquiátrica y Psicológica (IDAPP) atendiendo a niños/as y adolescentes con trastorno del espectro autista y sus familias.

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

Primera edición: febrero 2020
© Alberto Sánchez Pedroche, Cristina Mumbardó Adam
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. Estructura del proceso de intervención.....	7
1.1. Fase I. Evaluación inicial	7
1.2. Fase II. Planificación y tratamiento logopédico	9
1.3. Fase III. Seguimiento y evaluación de la práctica	10
2. Elementos a considerar para la planificación de la intervención.....	13
2.1. Población objetivo	13
2.2. Formulación de objetivos	15
2.3. Agentes de intervención	18
2.4. Organización de las actividades, la temporalización, el espacio y las estrategias	20
3. Ejemplo de planificación de la intervención.....	24
Resumen.....	28
Bibliografía.....	29

Introducción

La obtención de una respuesta eficaz a las dificultades de la comunicación y del lenguaje es una de las principales metas de cualquier profesional de la logopedia. Esta se consigue mediante una práctica basada en una evaluación de las dificultades y de las necesidades inicial y continua que guíe los objetivos y el plan de intervención. A continuación se presentan los aspectos básicos a tener en cuenta en el diseño y la planificación de una intervención logopédica.

1. Estructura del proceso de intervención

Antes de trabajar la estructura de la intervención es imprescindible que el logopeda conozca el procedimiento de evaluación logopédica inicial, ya que así podrá ubicar en qué fase está la intervención y, posteriormente, tendrá la oportunidad de relacionar los procesos de cada fase.

El proceso de evaluación logopédica puede variar en función de diferentes variables, como el ámbito y el contexto de trabajo, los instrumentos e incluso la propia metodología. No obstante, dicho proceso está formado mayoritariamente por las fases que describimos a continuación.

1.1. Fase I. Evaluación inicial

1) Elaboración del perfil inicial

Se lleva a cabo una evaluación inicial con el objetivo de conocer las dificultades y las necesidades comunicativas de la persona que necesita intervención. Esto incluye explorar su perfil comunicativo, de lenguaje, habla, voz, deglución y sus funciones orales no verbales.

Por lo tanto, en esta fase es necesario plantear los siguientes objetivos:

- Identificar las condiciones básicas y personales del paciente.
- Recopilar información sobre su desarrollo y el perfil comunicativo, de lenguaje, habla, voz, deglución y sus funciones orales no verbales en los distintos ámbitos, incluyendo el familiar, el escolar o el laboral y el social.
- Extraer y sintetizar información de la historia clínica, incluyendo los diferentes abordajes logopédicos realizados hasta la fecha, si los ha habido.
- Aplicar distintos instrumentos de recogida de información, como pueden ser la entrevista, las pautas de observación sistemáticas, los cuestionarios y las listas de chequeo, entre otros (Shiple y McAfee, 2009).
- Analizar la información extraída con el objetivo de plantear una hipótesis diagnóstica clínica (Haynes, Pindzola, y Emerick, 2008) y establecer de manera priorizada los objetivos de intervención y su desarrollo en un plan de intervención que permita una intervención sistematizada e individualizada.

Para recoger los datos de interés durante la evaluación, el logopeda puede usar diferentes instrumentos, entre los que destacamos la **entrevista**, en la que se dan dos tipos de actuaciones. Por un lado, la persona que realiza la entrevista pretende conseguir información formulando distintos tipos de preguntas para evaluar a continuación los datos obtenidos y seleccionar finalmente los que puedan resultar de utilidad o que estén relacionados con una posible hipótesis diagnóstica. Se recomienda grabar y guardar toda la información y los datos de todo tipo para una posible actualización del perfil. También se recomienda recoger información de manera cualitativa, como la actitud de la persona a la que se entrevista y los diferentes factores motivacionales y de comunicación, tanto verbal como no verbal. Dicha valoración se deberá contrastar posteriormente con el resto de pruebas objetivas que se exponen en la segunda parte de esta fase.

Por otro lado, la persona entrevistada responde a las cuestiones que se le plantean adoptando diferentes tácticas; puede responder con sinceridad, pero también tiene la alternativa de esconder información o de contestar por el defecto de deseabilidad social, es decir, aportando toda la información que se espera de ella. Así pues, la entrevista es un instrumento con el que podemos también ahondar en las ideas y en las creencias de la persona a la que se pide información.

Otro instrumento a considerar son las **escalas de observación** y otros cuestionarios que se hayan validado previamente. Este método puede presentar un formato de respuestas tipo escala de Likert o respuesta abierta o dicotómica, entre otros. Las escalas de observación son muy utilizadas dentro del ámbito clínico y permiten que el profesional disponga de la información de manera rápida y efectiva. Además resultan de gran utilidad cuando la evaluación requiere datos descriptivos, ya que los pacientes y el resto de participantes proporcionan información a partir de su experiencia.

2) Evaluación de las áreas de comunicación, lenguaje y funciones no verbales

En esta fase el logopeda se propone valorar los niveles de adquisición de capacidades en las distintas áreas de la comunicación, el lenguaje, la voz, el habla y las funciones no verbales. Así, se aplicarán diferentes pruebas proyectivas y, sobre todo, estandarizadas. En función de la hipótesis diagnóstica detectada con anterioridad será esencial seguir el protocolo específico de cada trastorno estudiado.

Tampoco podemos descartar la derivación a un servicio externo, si procede. En ocasiones debemos realizar un trabajo interdisciplinario con otros profesionales de la educación, como equipos de maestros y de psicopedagogos, y

de la sanidad, como profesionales del ámbito de la pediatría, la neurología, la otorrinolaringología o la oncología, los dentistas u otros facultativos especializados.

1.2. Fase II. Planificación y tratamiento logopédico

En esta fase se propone, planifica y confecciona una intervención logopédica directa por parte del profesional y se establece un cronograma determinado. Es imprescindible revisar este tratamiento realizando evaluaciones a lo largo del proceso de intervención cuando sea necesario, y continuar con el trabajo interdisciplinario entre los agentes implicados, como la familia y otros profesionales. A fin de planificar el abordaje de la intervención, deberían formularse las siguientes preguntas (adaptado de Law, McKean, Murphy, y Thordardottir, 2019):

- ¿Cuál es el perfil de comunicación y el diagnóstico de la persona a la que tenemos que atender?
- ¿Cuáles son los objetivos que nos planteamos para la intervención?
 - Pronóstico.
 - Resultados esperados a largo plazo.
 - Resultados esperados a corto plazo (plan de sesión).
- ¿Qué enfoques terapéuticos deben utilizarse?
 - ¿Qué agentes intervendrán? ¿Con qué profesionales se debería trabajar conjuntamente dadas las necesidades del paciente?
 - Dosificación (duración y frecuencia de las sesiones).
 - Tipo de intervención (por ejemplo, grupal o individual).
 - Ubicación (¿dónde debería llevarse a cabo la intervención, en contexto natural, en contexto terapéutico...?).
- ¿Cómo se trabajará la generalización?
- ¿Cómo se valorará la eficacia de la intervención a lo largo y al final de la misma?
- ¿Qué opciones de seguimiento estarían disponibles para el paciente?

Como se puede apreciar, antes del inicio de la intervención, el logopeda debe anticipar y planificar cómo se hará el seguimiento de la intervención y cómo se evaluará su eficacia. En efecto, deberá tenerse en cuenta cómo se recogerán los datos a lo largo de la intervención para que permitan justificar que dicha intervención está teniendo los resultados esperados o, en su defecto, guiar el proceso de toma de decisiones en relación con los cambios de estrategias o los ajustes de objetivos que conduzcan a una mejora de las necesidades de la persona. Otro de los puntos destacados de las anteriores preguntas es el relacionado con la duración, la frecuencia y el contexto de intervención. Estos componentes de la intervención son tan o más importantes que el enfoque y las estrategias de abordaje usadas, ya que pueden influir en gran medida en el desarrollo de la intervención. En este sentido, el logopeda deberá ajustar

la frecuencia y la duración del tratamiento a las dificultades de la persona que recibe la intervención para evitar tratamientos más largos o más cortos de lo necesario, y las frustraciones asociadas. Del mismo modo, puede que algunas dificultades reportadas por los pacientes o sus familias solo se den o se agraven en determinados contextos y, por ello, el logopeda deberá valorar la intervención en colaboración o presencialmente en el contexto de desarrollo de la persona. Finalmente, cuando no se tenga la oportunidad de trabajar en contexto natural, deberá planificarse específicamente cómo se llevará a cabo la generalización de los aprendizajes hacia el contexto natural de la persona, ya sea en colaboración con los agentes naturales de dichos contextos, en el caso de niños y niñas (maestros, familiares, etc.), o elaborando y planificando estrategias de generalización y de mantenimiento con los pacientes en etapa adulta que sean sostenibles en sus contextos y con su modo de vida.

Por otro lado, en toda intervención logopédica deberán evaluarse, según las dificultades y las hipótesis diagnósticas, los siguientes aspectos:

- Bases anatómicas y funcionales del aparato fonoarticulatorio: voz, respiración, audición, sistema estomatognático y bucofonador.
- Forma del lenguaje: aspectos fonológicos, fonéticos y morfosintácticos.
- Contenido del lenguaje: características semánticas.
- Uso del lenguaje: funciones pragmáticas.
- Otros procesos del lenguaje: competencias relacionadas con la comprensión y la expresión, tanto oral como escrita, comunicación no verbal y sistemas alternativos y aumentativos de la comunicación humana.

1.3. Fase III. Seguimiento y evaluación de la práctica

Para llegar a un éxito completo de la intervención logopédica es preciso evaluar su desarrollo. Es importante llevar a cabo un seguimiento sistematizado y basado en pruebas empíricas mediante la recogida de datos durante la intervención, puesto que este proceso es el que permitirá al profesional justificar su trabajo y cerciorarse de los avances del paciente. Además, este proceso es de gran ayuda para el profesional, puesto que le permite registrar la evolución de la persona a la que atiende y tomar las medidas necesarias en caso de que dicha evolución no siga el curso esperado. La recogida de información puede realizarse mediante distintos instrumentos.

1) **Observación.** Forma parte de una evaluación informal y es una técnica esencial para controlar tanto la práctica profesional del logopeda como de otros agentes implicados. Se recomienda que sea sistemática y mínimamente duradera para contrastar diversas actuaciones o situaciones. A menudo, podemos plantear las siguientes cuestiones a la hora de realizar una observación.

¿Qué observar?	¿Cómo?	¿Cuándo?
<p>Todas las tareas que implican un proceso de comunicación y de lenguaje, incluyendo las conversaciones y las aportaciones que realizan el resto de los participantes.</p>	<p>Se recomienda grabar la sesión, siempre y cuando se obtengan los permisos necesarios y se respeten las condiciones de la ley de protección de datos vigente en el contexto donde se aplica la observación.</p> <p>También será preciso tener un registro para anotar toda la información. Se recomienda realizar la mayoría de las anotaciones después de la observación, revisando las grabaciones hechas.</p>	<p>Antes de la observación, se recomienda hablar con el equipo de profesionales que participarán en la sesión y con el resto de los agentes responsables del paciente, como la familia. Se deben explicar los objetivos planteados en la observación y estar disponibles para resolver cualquier tipo de duda e inquietud.</p> <p>Durante la observación, el examinador de la práctica del logopeda no interviene. Se ubica en un lugar en el que no moleste al paciente y a los otros participantes (si se da el caso). Así podrá grabar todas las acciones sin inconvenientes.</p> <p>Después de la observación se ofrecen unas primeras impresiones al interesado, aunque es importante remarcar que la evaluación de la práctica finalizará en el momento en que se apliquen el resto de las técnicas.</p>

2) **Recogida de muestras del lenguaje.** Se trata de una técnica de evaluación más formal en la que podemos analizar todos los procesos lingüísticos de la persona que hemos intentado rehabilitar por medio de la terapia.

Algunos de los registros más utilizados y conocidos en nuestro contexto son los siguientes:

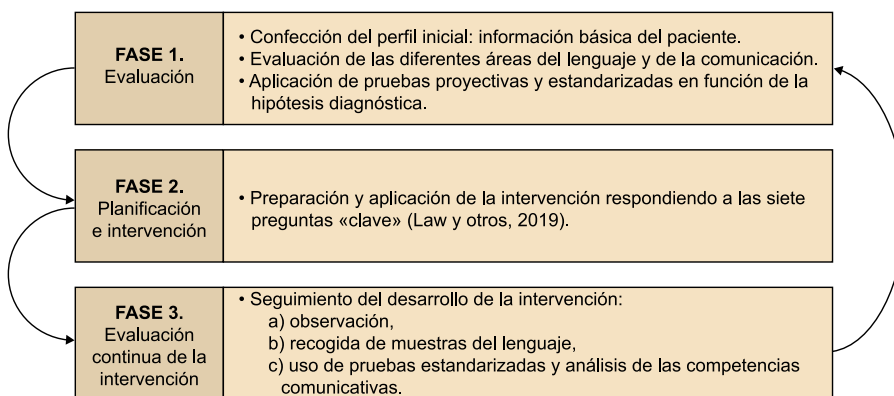
Tipo de registro (referencia bibliográfica)	Aspectos que evalúa
<p>Denver Developmental Screening Test-II (Frankenburg, Dodds, y Archers, 1990)</p>	<p>Evalúa cuatro áreas de desarrollo: personal-social, motor-adaptativo fino, del lenguaje y motor grueso.</p> <p>Destinado a niños y niñas de entre 0 y 75 meses.</p>
<p>Registro fonológico inducido (Juárez y Monfort, 1996)</p>	<p>Principalmente se valora la capacidad articulatoria de los fonemas.</p> <p>También se valora la capacidad de denominación y la expresión oral.</p> <p>Enfocado a niños en la primera infancia.</p>
<p>The Portage Guide (Bluma, Shearer, Frohman, y Hiliand, 1995)</p>	<p>Plantea los diferentes objetivos que debe cumplir un niño/a (0-6 años) en todas las áreas del desarrollo, incluidas las del lenguaje y la comunicación.</p>
<p>Treatment Resource Manual for Speech Language Pathology (McCauley, Fey, y Gillam, 2006)</p>	<p>Este manual, especialmente en los primeros capítulos, incluye numerosos apéndices con registros de evaluación del lenguaje.</p>

3) Trabajo colaborativo. Está íntimamente relacionado con la evaluación dinámica¹, y en él se combina el uso de las pruebas estandarizadas y se analizan las distintas competencias comunicativas de la persona a la que se atiende. Es decir, permite afirmar que incluimos la intervención dentro de la evaluación. De esta manera se conecta la evaluación de la persona con su contexto de desarrollo y se le puede ofrecer un retorno y potenciar la rehabilitación.

⁽¹⁾Las medidas de evaluación dinámica incluyen el seguimiento del trabajo y la mejora de la intervención, en lugar de tomar una única medida en un momento determinado del tiempo (Peña, Iglesias y Lidz, 2001).

Sea cual sea el método de recogida de datos elegido, cabe destacar la importancia de evaluar el proceso de intervención con una determinada frecuencia que el logopeda deberá establecer al inicio de la intervención (seis meses, un año...). Solo una evaluación rigurosa de los avances del paciente permitirá guiar el proceso de toma de decisiones en el ajuste de los objetivos de intervención basándose en los resultados de la evaluación. Toda decisión tomada dentro del contexto de intervención logopédica debe basarse en una evidencia empírica que apoye dicha toma de decisiones.

Todo este proceso se puede sintetizar mediante el siguiente gráfico.



2. Elementos a considerar para la planificación de la intervención

2.1. Población objetivo

Toda persona puede necesitar apoyo logopédico en diferentes momentos de su vida en los que presente dificultades en la comunicación, el lenguaje, el habla, la voz o las funciones no verbales. Dichas dificultades pueden requerir una intervención y unos apoyos de larga duración, como en el caso de un niño/a con un trastorno del neurodesarrollo que curse con dificultades en la comunicación y el lenguaje, o a corto plazo, como sería el caso de una persona adulta con disfonías recurrentes debido a un mal uso de la voz.

En este sentido, la población objetivo de tratamiento logopédico comprende desde niños y niñas en edades muy tempranas, por ejemplo con dificultades en la intención comunicativa o en el desarrollo y la adquisición del lenguaje, hasta niños y niñas en etapa escolar que pueden requerir intervención logopédica relacionada con dificultades del aprendizaje de la lectura o de la escritura (dislexia, disgrafía), o del uso, la forma o el contenido del lenguaje y del habla, como en trastornos del desarrollo del lenguaje (TDL, también conocido como TEL), disfemias, dislalias, disglosias, disartrias, o con trastornos del neurodesarrollo que cursen además con dificultades logopédicas (trastorno del espectro autista y discapacidad intelectual, entre otros). Las personas en etapa adulta también son objeto de intervención logopédica por dificultades tradicionalmente asociadas a la voz (disfonías), al habla (dislalias) o a las funciones no verbales (disfagias); también se relacionan con otras dificultades derivadas de isquemias, traumatismos craneoencefálicos u otras causas asociadas, como el caso de la afasia en cualquiera de sus múltiples tipos.

Dada la heterogeneidad de los pacientes y de las demandas que un logopeda puede atender es necesario ajustar la intervención a las características de la persona y, por lo tanto, resulta imprescindible tener la siguiente información:

- **Datos personales.** Además del nombre, los apellidos, la dirección, la población y otros datos para la confección de la ficha clínica, es importante tener la edad cronológica del paciente y el género para iniciar la concreción de algunas de sus particularidades. Es imprescindible proteger cada uno de estos datos según la ley de protección de datos vigente en la Comunidad Europea². De esta manera desarrollaremos una correcta praxis y práctica profesional.
- **Antecedentes y datos familiares.** Debemos detectar si existe o ha existido alguna dificultad del desarrollo o algún síntoma relacionado con algún

⁽²⁾Reforma de 2018 de las normas de protección de datos de la UE: https://ec.europa.eu/commission/priorities/justice-and-fundamental-rights/data-protection/2018-reform-eu-data-protection-rules_es

miembro familiar. También se debe confeccionar un diagrama familiar y obtener otros datos de interés, como el número de hermanos que tiene la persona que recibe la intervención y el lugar que ocupa; cuál es la lengua vehicular familiar; qué actitud presenta la familia ante las dificultades del niño (si trabajamos con población infantil); quién le dedica más tiempo; y cuál es la situación del núcleo familiar, así como saber si hay o han habido diversos tipos de problemas familiares.

- **Datos escolares o laborales.** En caso de que el paciente asista a un centro educativo, es necesario averiguar a qué curso va, cuál es la lengua escolar, a qué edad se incorporó, qué actividades extraescolares realiza, saber si se incorporó a una escuela de educación infantil y a qué edad y su capacidad de adaptación, entre otros datos esenciales. También es de gran interés conocer la ocupación laboral, en el caso de las personas adultas, pues muy a menudo puede ser la causa del problema o puede influir en la recuperación y generalización de los avances terapéuticos (ejemplo: una maestra con disfonía cuya herramienta de trabajo es la voz). En este sentido, cuando el trabajo se complica por las dificultades del paciente en comunicación, lenguaje, habla, voz o funciones no verbales, dichas dificultades tienen un gran impacto en su día a día, y a menudo el logopeda deberá colaborar con otro especialista, como el psicólogo, para reducir el impacto de las dificultades en el bienestar de la persona (Krischke *et al.*, 2005).
- **Antecedentes prenatales** (sobre todo en población infantil). Será necesario detectar si hubo dificultades durante el embarazo (estrés, ansiedad, síntomas relacionados con la depresión, etc.); también será preciso averiguar si la madre tomó o no medicación, a qué edad estuvo embarazada, si fue a término, e incluso saber si fue un embarazo deseado.
- **Parto** (especialmente en población infantil). Es interesante conocer si este fue espontáneo o provocado, si hubo problemas perinatales, y con qué peso y talla nació el bebé.
- **Desarrollo inicial** (centrado en población infantil). Es preciso conocer algunos factores socioemocionales y comunicativos del niño durante los primeros meses, como el tipo de contacto ocular, si sonreía, si tenía un carácter tranquilo, o incluso si mostraba signos de irritabilidad, así como a qué edad empezó a gatear, a realizar sus primeros pasos, etc. También será preciso conocer las primeras enfermedades y afecciones que ha padecido, si se ha dado el caso.
- **Alimentación.** Es un área en que el logopeda también debe estar especializado. Averiguaremos cómo fue la lactancia de la persona a tratar, si los procesos de deglución han sido correctos (come, succiona y deglute con autonomía) y los tipos de alimentos que consume (textura, densidad, variedad).

- **Sueño.** Es necesario saber cómo duerme y cuántas horas. También debemos averiguar cómo es su respiración oral, si pide algo antes de irse a dormir (población infantil), e incluso si sufre pesadillas.
- **Enfermedades.** Además de conocer todas las afecciones que ha padecido a partir del año de vida, es preciso investigar si hay posibles alergias o problemas con alguna medicación.
- **Evolución del lenguaje** (vinculado especialmente a población infantil). A grandes rasgos, deberá recogerse información en relación con el desarrollo y la adquisición del lenguaje y analizar cómo y cuándo se dieron los hitos de desarrollo críticos: el balbuceo, las primeras palabras, la comprensión y la expresión de deseos y de acciones, y la comprensión de consignas y de instrucciones, entre otros.
- **Conducta socioemocional.** Averiguaremos aspectos relacionales en casa (con la familia), en la escuela o en el entorno laboral, e incluso con desconocidos. También se analizarán aspectos descriptivos del carácter del paciente: carácter tranquilo o nervioso, triste o alegre, tímido o extrovertido, comunicativo o reservado, etc.
- **Contextos de apoyo.** A fin de planificar la generalización y el desarrollo de la intervención es de gran utilidad saber cómo es el contexto en el que se desenvuelve (sobre todo en el caso de la población infantil y de la tercera edad), y con qué apoyos naturales cuenta (personas, espacios de desarrollo y de mejora, etc.).

Con toda esta información podremos crear un perfil adecuado y planificar de manera más exitosa la intervención. En ocasiones nos centraremos más en los datos de un área específica, pero se recomienda explorar todas las áreas para obtener una visión más holística de la persona. Un buen instrumento para obtener estos datos es la anamnesis³, en la que se formulan diferentes cuestiones al paciente en relación con los puntos descritos anteriormente.

2.2. Formulación de objetivos

La formulación y la subsiguiente priorización de objetivos es una etapa ineludible en la planificación de la intervención logopédica que guiará el posterior proceso de toma de decisiones. El logopeda está obligado a tomar decisiones a la hora de organizar una correcta planificación y, por lo tanto, debe proponer una serie de objetivos que pretendan dar respuesta a las necesidades objetivadas en la evaluación inicial.

Los objetivos de intervención deberán ser:

- Ajustados e individualizados a las dificultades del paciente.

⁽³⁾La anamnesis es el proceso por el cual el logopeda recoge información relevante sobre el paciente para rescatar datos que fueron registrados en el pasado, trayendo la información al presente. A partir de las respuestas obtenidas, el logopeda puede elaborar un historial con datos que le son de utilidad para realizar la evaluación y el diagnóstico y para decidir qué intervención llevar a cabo.

- Objetivables, de manera que se puedan sistematizar y se pueda recoger información acerca de su evolución.
- Sostenibles en los contextos de desarrollo de los pacientes.

En relación con el último punto, es recomendable adoptar un enfoque de intervención centrado en el paciente y su contexto y, por lo tanto, concederle un rol activo en la delimitación y, principalmente, en la priorización de objetivos. En este sentido, si bien la evaluación inicial señala una serie de dificultades que se traducirán en objetivos de intervención, algunas de estas dificultades pueden tener un mayor impacto en su día a día, resultando, por ejemplo, en una menor interacción en momentos de juego con iguales, en la población infantil, o en un menor desempeño en el entorno laboral, en la población adulta. Por ello, los objetivos que pretendan responder a las necesidades que mayor impacto tienen en la calidad de vida de los pacientes son los que deberán priorizarse, siempre que sea posible, en el desarrollo de la intervención, y por lo tanto es ineludible contar en esta etapa de planificación de la intervención con la participación y la colaboración activa de la familia y de la persona a la que se atiende.

En línea con estos supuestos, el logopeda deberá adoptar siempre un enfoque holístico en la planificación de los objetivos de intervención. Wallach (2008) propone diferentes metáforas que responden a esta idea. A modo de ejemplo, la metáfora del bosque y de los árboles nos recuerda que un objetivo de intervención muy concreto (árbol) forma parte de un ecosistema o contexto con el que se interrelaciona y que no debe olvidarse en la confección de los objetivos de intervención. De la misma manera, una aproximación a las dificultades del paciente que tenga en cuenta no solo las pruebas observables, o punta del iceberg, sino también todo lo que hay debajo o las dificultades que se relacionan estrechamente con ellas, es de vital importancia para la redacción de unos objetivos de intervención que valoren al paciente en su totalidad y que se traduzcan en un abordaje efectivo y eficaz.

Ejemplo

Así, si la evaluación revela que un paciente tiene dificultades de acceso al léxico, de planificación del lenguaje y de producción del fonema /r/, la creación y priorización de los objetivos de intervención deberá tener en cuenta el impacto que estas dificultades tienen en el día a día de la persona. *A priori*, puede parecer que las dificultades fonéticas sean las menos urgentes de abordar, pero si estas dificultades conllevan problemas de comunicación con los compañeros de trabajo, familiares o amistades, o generan un estigma en la persona cuyo impacto comprometa su desarrollo socioemocional, este objetivo de intervención deberá priorizarse.

En resumen, para la formulación y la priorización de los objetivos de intervención deberán tenerse en cuenta los siguientes factores:

- Las dificultades del paciente observadas en la evaluación inicial.
- Los diferentes contextos de desarrollo y de apoyo que tiene la persona.
- Los agentes de apoyo a la intervención (familia, pareja, amistades, etc.) que podrán tener un rol activo en la intervención.

- El contexto, la duración y la frecuencia de la intervención ajustados a las dificultades del paciente.

Otras consideraciones que debemos tener en cuenta a la hora de formular los objetivos generales son las siguientes (Owens, 1999):

- a) Los objetivos mal definidos dificultan a la hora de enseñar un comportamiento y de evaluar si la persona que recibe la intervención lo ha aprendido o no.
- b) Si el objetivo no es observable y medible, el profesional no sabrá si continuar o suspender el tratamiento y será difícil evaluar el resultado del mismo.
- c) Se deben seleccionar los objetivos de manera claramente definida y descrita. Una definición operacional consiste en concretar los objetivos en términos observables y medibles.
- d) Un objetivo definido operacionalmente contiene:
 - Aspectos topográficos del comportamiento objetivo: especificar los objetivos en términos medibles y traducirlos a comportamientos observables.
 - Ejemplos:
 - Seguir instrucciones verbales («tócate la nariz», «siéntate»).
 - Producir el morfema del plural (s).
 - Realizar cinco peticiones de alimentos.
 - Mantener el tema de la conversación durante tres minutos.
 - Interpretar de forma correcta cinco verbos comunes.
 - Dar respuestas correctas a seis preguntas sobre una lectura.
 - Escribir de forma correcta diez palabras.

Es poco probable que los objetivos poco ajustados a las dificultades del paciente, difíciles de medir y que no contribuyen a la mejora del funcionamiento y de la calidad de vida de la persona, se puedan lograr con éxito en el proceso de intervención terapéutica. En este sentido, para una persona con un trastorno neurodegenerativo como una enfermedad neuronal motora, lograr un nivel de habla inteligible no es un objetivo alcanzable. Un objetivo más ajustado a las dificultades de esta persona sería aprender a usar de manera eficaz un sistema alternativo de comunicación.

Dadas todas las premisas anteriores relacionadas con una correcta formulación de objetivos, cabe destacar que los objetivos generales derivados de la evaluación previa deben erigirse en **objetivos específicos de intervención**, que son los que nos permitirán ir evaluando el avance de la intervención.

Ejemplo

Imaginemos el caso de una niña de cinco años con un retraso significativo en la adquisición del lenguaje de predominio receptivo. Su evaluación inicial muestra dificultades específicas en el lenguaje receptivo. Un ejemplo de objetivo general incluido en la planificación de la intervención podría ser el siguiente: «trabajar el seguimiento de instrucciones verbales de un paso sin apoyo visual». Este objetivo general, aunque comprensible, debe desgranarse en acciones objetivables para poder controlar su evolución a lo largo de la intervención. Esta especificación del objetivo general en objetivos específicos da pie también a poder incluir los diferentes grados de apoyo que se pueden implementar en cada objetivo específico y su progresiva atenuación. En este sentido, un objetivo específico que correspondería al objetivo general anteriormente descrito sería el de seguir instrucciones verbales de un paso («tócate la nariz», «siéntate») con un porcentaje de respuestas correctas del 90 % cuando la instrucciones dadas por el profesional se repitan como máximo dos veces en la consulta. La operacionalización del objetivo específico permite saber en qué conductas observables se traducen las premisas a trabajar.

Los pasos y los criterios para concretar un objetivo específico se relacionan a continuación.

Criterios para formular objetivos específicos	Aplicación de los criterios al ejemplo de objetivo
1. Precisión: ¿cuándo se aprende la habilidad?	Seguir instrucciones verbales de un paso («tócate la nariz», «siéntate») con un porcentaje de respuestas correctas del 90 %.
2. Estímulo de tratamiento a utilizar	Seguir instrucciones verbales de un paso («tócate la nariz», «siéntate») con un porcentaje de respuestas correctas del 90 % cuando la instrucción la dé el profesional y se repita como máximo dos veces. (Se aplican los criterios 1 y 2.)
3. Ambiente en el que el comportamiento verbal es aprendido y sostenido	Seguir instrucciones verbales de un paso («tócate la nariz», «siéntate») con un porcentaje de respuestas correctas del 90 % cuando la instrucción la dé el profesional y se repita como máximo dos veces en la consulta. (Se aplican los tres criterios de manera conjunta.)

2.3. Agentes de intervención

En toda planificación de la intervención se debe contar con la ayuda y la colaboración de los agentes presentes en el contexto de desarrollo de la persona, como familiares, amistades, pareja, así como con diferentes profesionales de la educación y de la sanidad. Por lo tanto, el logopeda se coordinará también con profesionales procedentes de los servicios de neurología, ictus, oncología, otorrinolaringología, salud mental, rehabilitación, cuidados paliativos y atención temprana, entre otros (American Speech-Language-Hearing Association, 2016). Además, podrá colaborar con otros equipos de profesionales del ámbito

de bienestar social, como terapeutas ocupacionales y educadores sociales (el logopeda también trabaja en residencias de la tercera edad, centros penitenciarios, centros de día e incluso juzgados) (Bryan, Freer, y Furlong, 2007).

En la primera y segunda infancia, el logopeda trabajará en equipo con profesionales del ámbito de la psicopedagogía o de la psicología y con maestros de diferentes especialidades, sobre todo con profesionales de atención a las necesidades educativas del alumnado o de audición y lenguaje, si los hay, así como con la familia. Cuando trabaje con población adulta, deberá aunar esfuerzos y colaborar con otros profesionales de la sanidad implicados, así como con otros agentes presentes en el contexto de la vida de la persona (familiares, compañeros de trabajo, etc.), dependiendo de su dificultad. En este sentido, se deberá anticipar como se gestionará el trabajo con dichos agentes durante la planificación del proceso de intervención.

En cualquier caso, el logopeda deberá adoptar una actitud flexible, empática, comprometida y colaboradora, pues en toda planificación deberá contar con la participación de todos estos profesionales.

El logopeda puede posicionarse desde diferentes paradigmas (Dunst, Johanson, Trivette, y Hamby, 1991) en función del rol que quiera asumir en el proceso de intervención. Desde un **paradigma de experto**, el paciente o su familia son receptores de la intervención y el profesional asume el control absoluto del proceso de toma de decisiones y de priorización de los objetivos de intervención. Se requiere poca participación por parte de los agentes, y no se suele tener en cuenta sus perspectivas. Por ejemplo, en un caso de dificultades de procesamiento fonológico y presencia de dislalias en una niña de seis años, el logopeda establecería los objetivos de intervención y pediría a la familia que ejecutara ciertos ejercicios en casa entre sesión y sesión, sin conocer la realidad familiar de la niña que puede impedir o dificultar la realización de estos ejercicios a corto plazo.

Desde un **paradigma formador**, aunque el profesional sigue teniendo el control de la creación y de la priorización de los objetivos de trabajo, considera que la familia o los agentes presentes en el contexto de vida de la persona deben formarse para poder reproducir lo aprendido en sesión clínica en su contexto de vida. Por ejemplo, en un paciente con afasia de Broca, el logopeda puede centrarse en desarrollar un protocolo de ejercicios para mejorar el acceso al léxico juntamente con la familia, que irá informando del léxico más funcional en el día a día de la persona, aunque realmente la necesidad acuciante de la persona por comunicarse en contexto familiar indicaría que el primer objetivo a priorizar sería el establecimiento de un sistema alternativo de comunicación.

Finalmente, desde un **paradigma colaborativo** se entiende que los agentes presentes en la vida del paciente (familiares, etc.) deben tener un rol activo en la priorización de las necesidades y de los objetivos terapéuticos, y en el desarrollo de la intervención que se lleva a cabo juntamente con el profesio-

nal, compartiendo así la responsabilidad del proceso terapéutico, hecho especialmente importante en población infantil en el trabajo con las familias y con los equipos de profesionales educativos. Así, por ejemplo, dado el conocimiento de la familia sobre las dificultades y las capacidades comunicativas de un niño con síndrome de Down en contexto familiar, se priorizarían los objetivos que puedan mejorar su funcionamiento y desarrollo en casa, como sería la habilidad de señalar para pedir, por delante de otros objetivos que el logopeda se haya marcado.

2.4. Organización de las actividades, la temporalización, el espacio y las estrategias

1) Espacio

El espacio donde se desarrollará la intervención tiene un papel clave. Así, independientemente del ámbito de intervención logopédica, es importante definir un espacio que sea estable, amplio y adecuado durante el tratamiento. No es recomendable ir desplazando al paciente de un lugar a otro. La intervención logopédica suele darse en espacios definidos dentro de los centros o de las instituciones de trabajo del logopeda (centro privado, hospital, escuela...), aunque también puede producirse en contexto natural (normalmente en la etapa infantil, cuando la intervención basada en la familia se da con mucha más frecuencia). De hecho, y en este sentido, el logopeda que trabaja en contexto escolar puede decidir llevar a cabo la intervención en el aula ordinaria dando apoyo a la maestra sobre cómo diseñar las actividades teniendo en cuenta las dificultades del alumnado, o apoyando al alumnado directamente en sus dificultades de lectura y escritura, por ejemplo.

2) Temporalización

La temporalización recomendada de las sesiones irá siempre en función del tipo de trastorno, del grado de afectación en la comunicación del paciente y de los recursos humanos y materiales de la institución clínica o educativa. Por ejemplo, para algunos trastornos del lenguaje asociados a diferentes condiciones biomédicas como síndromes genéticos o trastornos del neurodesarrollo, se ha recomendado que en las primeras fases del tratamiento se considere una frecuencia mínima de intervención de dos veces por semana, pues en muchas ocasiones el trabajo aplicado es repetitivo, pudiendo variar la forma de presentación de los estímulos, y sistemático. Más adelante, y observando detenidamente la evolución del paciente, se puede valorar si reducir la frecuencia de intervención cuando las actividades busquen mantener la generalización (Spradlin y Siegel, 1982). En todo caso, la concreción de la periodicidad de la intervención clínica deberá tener en cuenta, sobre todo en el caso de la población infantil cuyo contexto de desarrollo tiene un rol principal en la definición de la temporalización de la intervención, las siguientes premisas (Ebbels, McCartney, Slonims, Dockrell, y Norbury, 2019):

- Los objetivos generales a alcanzar (un problema específico cuya resolución se planifica a medio plazo, o el desarrollo de habilidades más complejas a largo plazo).
- La naturaleza de las dificultades del niño y el impacto en su funcionalidad y en sus contextos de vida.
- Los conocimientos y las habilidades preexistentes del entorno.
- Las demandas del entorno (familiar y escolar).

Es esencial que el logopeda explique la relación espacio-tiempo a las familias; se recomienda preparar un cronograma con la relación de objetivos propuestos. De esta manera, la colaboración será mucho más fluida y la predisposición al trabajo en otros contextos de desarrollo también (Campbell, 2000). Además, los pacientes deben estar informados sobre la duración prevista y la frecuencia del tratamiento. Una intervención que se extiende indefinidamente puede favorecer una dependencia ineficaz del paciente hacia lo clínico (y posiblemente viceversa).

3) Estrategias logopédicas

Las estrategias de intervención logopédica son todas las acciones y los procedimientos de enseñanza y de aprendizaje que el logopeda planifica y pone en práctica con el fin de que los pacientes puedan expandir sus habilidades comunicativas y de lenguaje (Vilaseca, 2002).

Dichas estrategias pretenden fomentar una respuesta activa por parte del paciente, evitando situaciones de intervención en las que sea un mero receptor. En este sentido, en población infantil podemos destacar diferentes tipos de estrategias, como las que se describen en la siguiente tabla, todas ellas dirigidas a fomentar el uso funcional de la comunicación y del lenguaje. Además, aunque las estrategias de enseñanza logopédica puedan ser usadas en cualquier contexto de intervención, debería priorizarse su uso en contextos naturales (Vilaseca, 2002), especialmente en población infantil, siempre que sea posible.

A continuación se destacan algunas de las estrategias específicas para el desarrollo del lenguaje y de la comunicación en población infantil (Owens, 2013).

Para estimular el desarrollo del lenguaje	Para la enseñanza de competencias concretas	Para crear situaciones comunicativas
<p>Para mejorar habilidades de conversación:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Observar y escuchar cómo se comunica el niño. 2. Utilizar la espera y el silencio. 3. Seguir la iniciativa del niño. 4. Estructurar intervenciones por turnos. 5. Alargar las secuencias comunicativas. 	<p>Enseñanza dirigida a la comprensión:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Uso de signos de señal. 2. Estructura de actividades marcada por señalizaciones. 3. Uso de instrucciones. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ofrecer cantidades inadecuadas de materiales buscando la reacción de la otra persona. - Interrumpir rutinas. - Ofrecer tareas que requieran la ayuda por parte del logopeda. - Poner materiales preferentes dentro del campo visual del niño, pero fuera de su alcance para fomentar la demanda. - Dar una respuesta incorrecta voluntariamente con el objetivo de fomentar una respuesta comunicativa.
<p>Estrategias de adaptación del lenguaje que el logopeda dirige al niño:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Vocabulario adecuado al nivel del paciente. 2. Frases cortas. 3. Hablar despacio. 4. Entonación agradable. 5. Hablar con claridad. 6. Uso de sonrisas, exclamaciones y onomatopeyas. 	<p>Enseñanza dirigida al uso:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Reaccionar a las señales. 2. Vigilar, esperar, reaccionar o sobreinterpretar. 3. Modelar una expresión de deseo. 4. Construir e interrumpir cadenas. 	
<p>Estrategias implícitas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Expansión de enunciados. 2. Corrección implícita. 3. Valorar positivamente lo que dice el niño. 4. Preguntas de elección múltiple. 	<p>Uso de estrategias específicas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Multimodalidad comunicativa. 2. Espera estructurada. 3. Moldeamiento o guía física. 4. Aprendizaje incidental. 5. Preguntas de doble alternativa. 	

Seguidamente se presentan algunas de las estrategias básicas que pueden aplicarse en cualquier campo de intervención y con cualquier tipo de población, y que deben considerarse en el momento de confeccionar la planificación de la intervención.

- Diseñar materiales adaptados a las competencias lingüísticas de la persona que recibe la intervención. Es importante reorganizar todos los recursos existentes en el centro o en la consulta y diseñar otros que sean innovadores.
- Considerar la realización de agrupamientos flexibles, si la terapia lo permite.
- Flexibilizar variables como el tiempo de realización de la tarea.
- Ofrecer centros de interés en común; de este modo existirá la opción de facilitar estímulos que favorezcan la motivación intrínseca, la observación y la experimentación.
- Crear criterios de evaluación y de lenguaje flexibles.

- Desarrollar tareas logopédicas desde lo concreto hasta, si se da el caso, lo más abstracto «descomponiendo» los contenidos en pasos intermedios.
- Hacer participar a las familias y a otros agentes educativos implicados, en el caso de población infantil, o a las redes de apoyo de la persona, en el caso de población adulta. No podemos hacer mucho sin la colaboración de todos los implicados.

Por último, cabe destacar que, independientemente del tipo de intervención, es preciso tener en cuenta dos tipos de premisas en toda planificación de la intervención. Se recomienda que sea **intensiva** (especialmente en pacientes que están en la primera y segunda infancia) y **precoz**. Debemos iniciar las actuaciones lo antes posible siempre en función de la colaboración familiar, del cuadro clínico del trastorno a tratar, de las variables socioemocionales del paciente y, evidentemente, de las posibilidades laborales, entre otros factores.

3. Ejemplo de planificación de la intervención

Teniendo en cuenta todos los procesos explicados anteriormente, el logopeda está en disposición de crear un plan de intervención con garantías. Existen diferentes modelos para desarrollar un documento de planificación de intervención logopédica, pero como mínimo se deberían incluir los siguientes puntos o apartados:

Fase 1. Evaluación	Nombre	Aspectos a incluir o considerar
	Datos personales	Implica confeccionar una ficha con los diferentes datos personales de la persona que recibe la intervención, y es imprescindible que esta (o madre/padre/tutor legal, si es menor) firme la documentación necesaria en relación con la ley de protección de datos vigente en el territorio.
	Cronograma	Incluir, al iniciar la intervención, una proyección de su duración y en qué fechas se establecen las diferentes revisiones.
	Participantes	No solo debe incluir el nombre del logopeda que realiza la intervención directa con el paciente, sino también el de todo el equipo de profesionales que se implican en el caso para poder llevar a cabo un trabajo interdisciplinario eficaz.
	Estilo de aprendizaje comunicativo	Explicación de las diferentes habilidades comunicativas: en qué punto está la persona que recibe la intervención y qué procesos tiene adquiridos.
	Síntesis del caso	Descripción de todas las dificultades que presenta el paciente (lingüísticas, neurológicas, psicológicas y de otras áreas relacionadas).
	Diagnóstico	A partir de estos datos podemos formular una hipótesis diagnóstica para el paciente o exponer su diagnóstico definitivo, o más «sólido», en caso de que ya haya sido evaluado con anterioridad aplicando e interpretando los resultados de las diferentes pruebas tanto cualitativas como cuantitativas.

Fase 2. Intervención	Objetivos	Con todos los datos obtenidos con anterioridad, se formulan las metas generales y específicas. Los objetivos generales tienen un enfoque más amplio y prioritario; en cambio los objetivos específicos suelen ser a corto plazo y sirven de guía para poder cumplir los objetivos generales.
	Tareas de rehabilitación y programación	En este apartado planteamos qué tipo de actividades puede asumir el paciente (e indicamos cuáles son las más recomendadas, si es preciso) y una programación de las sesiones que se asumirán. También se especifican qué tipo de apoyos recibirá el paciente, e incluso las estrategias que se aplicarán.
	Entrevistas y seguimiento	Las diferentes entrevistas, reuniones y seminarios con los agentes implicados en el caso, así como todas las decisiones deben estar plasmadas en el plan.
Fase 3. Evaluación de la intervención	Planificación del seguimiento de la intervención	Especificación del instrumento de seguimiento utilizando la frecuencia de recogida de datos, cuándo se producirá la evaluación intermedia y la frecuencia de revisión de los pacientes.

A continuación se presenta un ejemplo práctico de un plan de intervención logopédica de un caso relacionado con una afasia motora transcortical.

1. Datos personales

Nombre	XXX
Apellidos	XXX
Lugar y fecha de nacimiento	XXX
Dirección	XXX
Nombre del padre	XXX
Nombre de la madre	XXX
Hermanos (lugar que ocupa)	XXX
Teléfono	XXX

- Fecha de elaboración del plan de intervención: XX de X de 20__
- Duración: 2 semanas
- Tipo de revisión: semanal

2. Participantes implicados

Alberto Sánchez Pedroche	Logopeda
XXX	Neurólogo

XXX	Traumatólogo
XXX	Psicólogo
XXX	Especialista: _____

Fase 1. Evaluación

3. Estilo de aprendizaje comunicativo

Ritmo de aprendizaje	Lento. Trabaja mejor individualmente que en grupo, donde pide mucho la presencia del logopeda.
Motivación	Extrínseca e intrínseca. Se reduce mucho cuando no trabaja individualmente (solo) y con tareas que implican motricidad fina.
Modalidad preferente	Modelo lingüístico y educación inclusiva.
Estrategias para la resolución de problemas	Usa sobre todo la imitación. A veces se frustra cuando no tiene éxito en una tarea y cambia su estado de ánimo (malhumor).
Nivel de atención	Presenta dificultades a la hora de escuchar y de percibir los estímulos. No obstante, mejorará con el nuevo tratamiento farmacológico.
Preferencias de agrupamiento	Se obtienen resultados positivos en el plano individual, pero no se pueden descartar dinámicas en grupo pequeño.
Otras observaciones	

4. Conocimiento del caso y síntomas generales

Traumatismo craneoencefálico (TCE) en 2013 (caída del caballo) que ha originado:

- Daño en la parte frontal y parietal.
- Monoplejía (miembro superior derecho). También tiene afectada la movilidad del pie derecho.
- Desinhibición conductual (infantilismo; se ríe o se enfada repentinamente).
- En el plano cognitivo, no puede «afianzar» nuevos conocimientos.

5. Dificultades logopédicas

- Lectura: no usa la ruta fonética; así pues, realiza una lectura global por reconocimiento y automatismo; no lee pseudopalabras; comete circunloquios; parafrasis semánticas.
- Poca fluidez.
- Tendencia a gesticular todo lo que hace.
- Agramatismo (ausencia de verbos y de complementos).
- Perseveraciones (no siempre).
- Reconocimiento de letras por onomatopeyas y ayudas semánticas. Últimos fonemas trabajados: /p/, /l/, /t/, /f/ y /s/.
- Comprensión parcialmente preservada.
- Escritura parcialmente alterada.
- Repetición oral preservada.

6. Primera impresión diagnóstica

- Deficiencia motriz.
- Alteración cognitivoconductual.
- Afasia de Broca (posible evolución hacia afasia motora transcortical inicial en función de repetición y de comprensión lectora).

Fase 2. Planificación de la intervención

7. Objetivos

Generales:

- Acceder a la lectura mediante la ruta fonética.
- Aumentar la fluidez verbal.
- Mejorar la denominación.
- Aumentar su capacidad léxica.
- Reducir las perseveraciones y las parafasias semánticas.

Específicos:

- Incorporar en su discurso elementos lingüísticos, como por ejemplo conjunciones, locuciones preposicionales, etc.
- Aumentar el número de palabras por aspiración.
- Incrementar su léxico.

8. Modalidad de intervención

Número (individual grupal o mixto)	Preferentemente individual
Lugar	En consulta XXX
Momento	Antes, durante y después de la sesión
Frecuencia	2 sesiones de 30 minutos semanales

9. Propuesta de tareas de RHB (denominación, lectura)

- Presentación de los diferentes fonemas con una ayuda semántica y visual (un gráfico o dibujo). Posteriormente se realiza la lectura silábica (C+V), y más adelante podrá leer (CV + CV) combinando otros fonemas logrados con anterioridad.
- Secuencias temporales muy sencillas y contextualizadas (tres láminas o dibujos).
- Categorización por campos semánticos de su interés.

10. Propuesta de primera sesión individual

- Profesional que interviene: XXXX (logopeda).
- Tiempo: 20 minutos (10 minutos para cada tarea o actividad).
- Objetivos: ver punto 4.
- Tipo de tarea: denominación y lectura.
- Metodología.

Actividad 1: se presentan a la paciente unas letras de goma espuma y se le pide que vaya confeccionando algunos de los fonemas preservados. Existe la alternativa de hacer onomatopeyas y ofrecer alguna imagen de apoyo, si procede.

Actividad 2: Se muestra a la paciente una serie de secuencias muy sencillas y breves. Aparte de ordenarlas, también tendrá que explicarlas. Deben incluir un léxico que le resulte familiar.

Fase 3. Seguimiento de la intervención

11. Planificación del seguimiento de la intervención

- Instrumento de seguimiento: uno de los más usados y conocidos es el test de Boston (García-Albea, del Viso, y Bernardos, 1996); también se usa el BETA (Cuetos y González-Nosti, 2009).
- Frecuencia de recogida de datos: quincenal.
- Evaluación intermedia: a los seis meses del inicio de la intervención.
- Frecuencia de revisión de los objetivos: cada seis meses, según los resultados de la evaluación.

Resumen

A lo largo de este capítulo se han abordado las complejidades de la planificación de la intervención logopédica en dificultades de la comunicación, del lenguaje, del habla o de las funciones no verbales. No querríamos concluir este acercamiento a las diferentes fases del proceso de planificación sin enfatizar la importancia de conocer, practicar y seguir dichas fases, desde la evaluación inicial de las dificultades y de las necesidades de la persona y la planificación de objetivos generales y específicos de intervención basados en dicha evaluación, hasta realizar una evaluación continuada del proceso. Este proceso debe ser circular, puesto que la evaluación de seguimiento nos permitirá reajustar los objetivos de intervención basándonos en los avances del paciente. Demasiado a menudo, la tercera fase acaba ignorándose por las dinámicas propias del día a día y por la demanda, en auge, de intervención logopédica. Por ello, la planificación explícita de estas fases previas al inicio del tratamiento nos ayudará a reservar el espacio que cada fase merece dentro del proceso de intervención logopédica, ajustando así la intervención a las individualidades de cada persona. Cada paciente tiene sus particularidades y es importante atender cada una de estas realizando una correcta intervención. Así pues, podemos encontrarnos dos personas con las mismas dificultades y necesidades, pero la intervención será distinta, incluso siguiendo todos los pasos y las recomendaciones citadas en este capítulo.

Los objetivos generales y comunes de intervención deberán desgranarse sobre la base de una evaluación exhaustiva previa, no solo de las dificultades de la persona, sino también de su contexto de vida, y estos serán exclusivos y ajustados a las necesidades del paciente y a su contexto para que sean sostenibles en su día a día. De este ajuste, basado en una evaluación constante y en una toma de decisiones consecuente, depende, en buena parte, la clave del éxito del logopeda y de su relación profesional con el paciente.

Bibliografía

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

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

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

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

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

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

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

Ebbels, S. H., McCartney, E., Slonims, V., Dockrell, J. E., 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. Recuperado de: <https://doi.org/10.1111/1460-6984.12387>.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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