

PRESENTACIONES A CONGRESOS

TL.47 - FACTORES INTERVINIENTES EN LA TOMA DE DECISIONES EN LA TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA DEL LENGUAJE: UN RECURSO ORDENADOR

Autores: Prof. Lic. Laura Beatriz Mercado¹, Prof. Lic. María Fernanda Verde², Fgo. Iván Elías Mercado Dávila³

^{1 2 3} Escuela de Fonoaudiología, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Córdoba.

Investigador principal: ¹Profesora Licenciada en Fonoaudiología Laura Beatriz Mercado, Escuela de Fonoaudiología, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Córdoba. laura.mercado@unc.edu.ar

²Profesora Licenciada María Fernanda Verde, Escuela de Fonoaudiología, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Córdoba.

³Fonoaudiólogo Iván Elías Mercado Dávila, Escuela de Fonoaudiología, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Córdoba.

Contacto: María Fernanda Verde, fernanda.verde@unc.edu.ar

RESUMEN

Llevar adelante un abordaje terapéutico en personas con trastornos del lenguaje y la comunicación supone un desarrollo sostenido en el tiempo donde se presencian modificaciones de factores, evoluciones y relaciones entre ellos. El profesional fonoaudiólogo debe reiteradamente realizar cortes evaluativos multifactoriales a partir de los cuales decide el siguiente paso, teniendo como guía diversos indicadores. Estas decisiones resultan de la sincreción de saberes teóricos, prácticos, la observación del proceso del paciente y su grupo de contención. La multiplicidad de factores incidentes y la complejidad que encierran hace difícil mensurar y definir un criterio racional y fundamentado en la decisión terapéutica. Un recurso que facilite el ordenamiento de la información y fundamente la toma de decisiones en la terapéutica del lenguaje y la comunicación, debe contener guías que incluyan los diversos aspectos significativos

en cada momento del proceso, sin dispersar la atención en aquellos que no ofrecen mayor impacto.

El presente trabajo propone un instrumento que, partiendo de supuestos sobre el sujeto, el lenguaje y la intervención fonoaudiológica reúne y ordena la información en tres dimensiones: Personal, Contextual y Factores Intervinientes en la Toma de Decisiones. Asimismo, contempla las relaciones dinámicas que se presentan como Movimientos: Impulsor, Conflicto, Mecanismo causal y Mecanismo Resolutivo.

La aplicación de este esquema en un caso clínico a lo largo del desarrollo de la terapia del lenguaje permitió afianzar las subdimensiones y movimientos en diferentes tiempos. Asimismo, generalizar el uso a otros casos clínicos permitirá

evidenciar un algoritmo en las decisiones terapéuticas en el abordaje fonoaudiológico.

PALABRAS CLAVE: *Terapéutica – Comunicación – Lenguaje - Fonoaudiología*

INTERVENING FACTORS IN DECISION MAKING IN SPEECH AND LANGUAGE THERAPY: AN ORGANIZING RESOURCE

ABSTRACT

Conducting a therapeutic approach in people with language and communication disorders involves sustained development over time where modifications of factors, evolutions, and relationships between them are witnessed. The speech and language therapist must repeatedly carry out multifactorial assessment procedures from which he decides the next step, having various indicators as a guide. These decisions result from the synthesis of theoretical, practical knowledge, observation of the patient's process, and his support group. The multitude of incident factors and the complexity they entail make it difficult to measure and define a rational and well-founded criterion in therapeutic decision-making. A resource that facilitates the organization of information and underpins decision-making in language and communication therapy must contain guidelines that include the various significant aspects at each moment of the process, without diverting

attention on those that do not offer a greater impact.

This paper proposes an instrument that, predicated on assumptions regarding the individual, language, and speech therapy intervention, systematically collects and organizes information across three dimensions: Personal, Contextual, and Intervening Factors in Decision Making. Additionally, it considers the dynamic relationships manifested as Movements: Driver, Conflict, Causal Mechanism, and Resolutive Mechanism.

The application of this framework in a clinical case throughout the course of language therapy facilitated the consolidation of subdimensions and movements at different stages. Furthermore, its generalization to other clinical cases will demonstrate an algorithm for therapeutic decision-making in speech therapy

KEYWORDS: *Therapy – Communication – Language - Speech-Language Therapy*

INTRODUCCIÓN

Llevar adelante un abordaje terapéutico en personas con trastornos del lenguaje y la comunicación supone un desarrollo sostenido en el tiempo donde se presencian modificaciones de factores, evoluciones y relaciones entre ellos. Esta característica

inherente al devenir del ser humano y a los procesos terapéuticos, sumerge a la terapia del lenguaje en un escenario cambiante, dinámico, impredecible y hasta inmanejable en algunos aspectos. Sin embargo, el profesional fonoaudiólogo debe reiteradamente realizar

cortes evaluativos multifactoriales a partir de los cuales decide el siguiente paso, teniendo como guía los indicadores del desarrollo típico, las particularidades del diagnóstico y las herramientas terapéuticas disponibles, entre otros.

Estas tomas de decisiones lejos de ser intuitivas o fortuitas resultan de la sincreción de saberes teóricos y prácticos, más la observación detallada del proceso de cada paciente y su grupo de contención. La multiplicidad de factores incidentes y la complejidad que encierra cada uno de ellos, hace difícil mensurar y definir un criterio racional y fundamentado en la decisión terapéutica. Sin despreciar la creatividad necesaria en esta labor, es menester destacar lineamientos que ordenen y aporten solidez a la diagramación de los planes terapéuticos más allá de la sucesión de objetivos lingüísticos para el desarrollo de la comunicación y el lenguaje, propia y subjetivante en cada persona.

Un recurso que facilite ordenar y fundamentar la toma de decisiones en la terapéutica del lenguaje y la comunicación, debe contener guías que incluyan los diversos aspectos significativos en cada momento del proceso, sin dispersar la atención en aquellos que no ofrecen mayor impacto. Asimismo, considerar espacio para aquellos datos que, aún fuera de toda previsión teórica, puedan impactar en el desarrollo del lenguaje. Es decir, la característica cuasi dicotómica de “estructura flexible” es necesaria para pensar el orden de las decisiones de un terapeuta que pretende ajustar su intervención a la necesidad integral del paciente.

Por otro lado, el recurso/esquema ordenador de las decisiones terapéuticas debe contemplar la variedad y modificación interna en cada una de las dimensiones, puesto que el paso del tiempo modifica las características de los dominios humanos de manera natural o como resultado de la estimulación planificada y sistemática.

Debe incluir, asimismo, la posibilidad de evidenciar la relación entre los dominios reconocidos a sabiendas que el desarrollo del sujeto es solidario intrínsecamente y permeable a la información exterior, pudiendo identificar también relaciones favorables o desfavorables entre ellas.

Por último y no menos significativo, el tiempo en que se efectúa el corte evaluativo y la toma de decisión. Tiempo considerado en función del ciclo vital del sujeto, el transcurrir dentro del proceso terapéutico y de las modificaciones objetivadas en las dimensiones consideradas.

¿Cómo incorporar y ordenar estos aspectos y sus manifestaciones individuales en un marco de referencia que sustente las decisiones del licenciado en fonoaudiología en tanto terapeuta? Es la pregunta que responderemos compartiendo la construcción metodológica de un estudio de caso.

DESARROLLO: CARACTERÍSTICAS NECESARIAS DEL RECURSO/ESQUEMA ORDENADOR

El Esquema o matriz de toma de decisiones en la terapéutica de la comunicación y el lenguaje debe ser completa, en cuanto a considerar toda la información; ordenada, en cuanto a permitir categorizar dichos datos; flexible, en cuanto permita incorporar categorías no evidentes a priori o en el común de los casos; dinámica, en tanto permita evidenciar modificaciones inter e intra dimensiones/dominios; genérica, en tanto permita operacionalizar datos de diferentes diagnósticos o condiciones que demanden intervención fonoaudiológica; reproducible, en tanto permita replicar el análisis en casos similares o por otro equipo; individualizado, en tanto permita mostrar la situación del paciente y sus contextos en el momento de decidir el rumbo de la terapia.

A los ojos del terapeuta, debe asimismo ser: claro, transmitible, lógico, normado (en tanto

minimice el efecto subjetivo e interpretativo del profesional), predecible, manipulable (en tanto permita incluir fácil y ordenadamente los vaivenes del paciente, sin perder la función).

A los fines de su utilidad, debería aportar orden, claridad, sistematización y argumentación en la toma de decisiones terapéuticas, además de develar principios o preceptos que regulen la circulación y análisis de la información plasmada. En este sentido, la ciencia desde diferentes líneas teóricas aporta contenido valioso sobre procesamiento de la información, orden de adquisición de habilidades, estructuras cognitivas y psicológicas a las que arriba el sujeto, etc. Son estos conceptos los que sustentan las decisiones terapéuticas, aunque aún sin la calidad de norma generalizable.

El presente trabajo no pretende dar por culminada esta tarea, necesaria pero compleja, sino más bien, objetivar la pregunta y aportar a su respuesta.

SUPUESTOS BASE SOBRE LOS QUE SE SOSTIENE EL RECURSO DE TOMA DE DECISIONES

A. La persona es una unidad en constante cambio, influenciada por los estímulos externos, que reproduce un monto de organización sistémica mientras mantiene la flexibilidad en la creación de habilidades complejas.

El paciente, la persona, es una unidad en cuanto que ningún aspecto o experiencia queda fuera de la conducta que manifiesta. El lenguaje y comunicación se ven influenciados por todos estos aspectos, teniendo diferentes grados de repercusión hasta donde hemos comprobado. Algunos son predominantes, indispensables y comprobados científicamente, como el funcionamiento cognitivo (abstracción, simbolización, toma de decisiones, discriminación, etc.), el procesamiento motor del habla y las conductas comunicativas. Otros, evidenciados científicamente, pero no lineales

en su efecto, como la construcción afectivo emocional, psíquica y social del paciente. Finalmente, aquellas experiencias que, por lejanas en el tiempo en, el espacio o en la conciencia del sujeto, influyen con relatividad, pero lo hacen. Por ejemplo, un duelo materno en etapas tempranas del niño, un cambio laboral y económico significativo en la familia, la irrupción de una enfermedad crónica en el grupo familiar, una experiencia escolar negativa, el aislamiento por la pandemia, incursión tecnológica social, etc.

El constante cambio hace referencia, en lo inherente a la biología del sujeto, a la plasticidad cerebral siempre presente y a los procesos de regeneración celular que el individuo mantiene mientras conserva la vida. La terapéutica del lenguaje en lesiones cerebrales se sustenta en los mecanismos dinámicos y reequilibrantes del organismo (biológico) y del sujeto (psicológico). La terapia del desarrollo del lenguaje se soporta también en dichos procesos. En relación a lo psicológico, también están demostradas etapas y modificaciones en la psiquis que atraviesan el ciclo vital con sus particularidades. Finalmente, y más allá del individuo, los cambios sociales (paradigmas, economías y generación de recursos, alimentación, tecnología, etc.) también presentan contextos bien diversos a lo largo del tiempo y de la distribución espacial. En definitiva, considerar el cambio, la dinámica, el reequilibrio sucesivo en los procesos de tratamiento de la comunicación y el lenguaje responde no a una característica del proceso en sí mismo, sino a una característica del devenir humano y vital.

Influenciado por estímulos externos hace referencia a una premisa de la terapéutica que permite al profesional seleccionar estímulos, presentarlos cuidadosamente con un objetivo claro, en busca de generar una conducta novedosa y superadora de la situación previa (evolución) en esa persona -paciente-.

Asimismo, cada persona reproduce o replica estructuras, esquemas y procesos comunes a todos los individuos. Las estructuras orgánicas y procesos que sustentan el lenguaje, tanto como su fisiología han sido objeto de estudio y profundización en la ciencia, permitiendo determinar un sistema de procesamiento del lenguaje en el ser humano, que orienta, fundamenta y perfecciona la intervención en una terapia.

Sin embargo, la construcción de funciones complejas (como son la comunicación y lenguaje) permiten algún grado de variedad individual, puesto que son resultado de las experiencias del sujeto. En este sentido, debemos asumir la flexibilidad de las construcciones como un elemento significativo en la terapia de la comunicación y el lenguaje.

B. El lenguaje como función cognitiva tiene estructura, funcionamiento y desarrollo específico. Sin embargo, como código de comunicación es influido e influenciado por cualquiera de los dominios del sujeto, de manera positiva o negativa, según su estado. Por lo tanto, una decisión en la terapia del lenguaje debe considerar al sujeto de manera integral para identificar eficientemente las relaciones antes mencionadas.

C. El tratamiento fonoaudiológico de la comunicación y el lenguaje tiene como meta generar sucesivos estados de equilibrios, superadores del anterior, que permitan al paciente desempeñarse eficientemente en los contextos que transita – por imposición o por elección- recurriendo para ello al desarrollo y complejización de las habilidades comunicativas y lingüísticas.

A los fines de delimitar el recurso/esquema para la decisión terapéutica se han identificado Dimensiones y Movimientos.

Las primeras condensan y ordenan la información del sujeto, los contextos y cómo

influyen en el proceso terapéutico. Se organizan en subdimensiones. Los segundos evidencian, al momento del corte evaluativo, las relaciones entre dimensiones, influencias positivas y/o negativas, secuencias de desarrollo de la función, cambios intrínsecos en el subdimensión, síntomas primarios y secundarios, etc.

Las desarrollamos a continuación.

DIMENSIONES A CONSIDERAR EN LA TOMA DE DECISIONES TERAPÉUTICAS

Con el objetivo de incluir y ordenar la información del paciente, se definieron 3 dimensiones y 16 subdimensiones.

Dimensión personal (DP):

Referida al paciente como sujeto individual. Es inherente al paciente y conforma el material humano sobre el cual el lenguaje y la comunicación se instalan. Aquí se condensan y organizan los datos biológicos, cognitivos, psicológicos, comunicativos, sociales y lingüísticos resultantes de las valoraciones y diagnósticos propios de cada disciplina. Describir el estado de cada subdimensión de manera particular facilita el ordenamiento de la información, la mirada integral, la identificación de nivel de desarrollo o dominio segmentado y las posibles relaciones entre ellas.

Cabe consignar, asimismo, las apreciaciones y observaciones del terapeuta en tanto hipótesis o sospechas que pudieran resultar objeto de posteriores evaluaciones o consultas.

Reconocemos como subdimensiones de la dimensión Personal:

1. Condición orgánica Hace referencia al estado biológico general y según los diversos sistemas, particularmente el nervioso, auditivo, fonador, condición genética y otras condiciones médicas significativas.
2. Comunicación Hace referencia a la intención y habilidad de interactuar con el otro.

3. **Lenguaje** Hace referencia al nivel de desarrollo lingüístico según valoración sistematizada y no sistematizada.
4. **Cognición y pensamiento** Hace referencia a las habilidades sintetizadas en un CI como así también al uso que el paciente hace de dichas habilidades en su vida cotidiana.
5. **Aspecto psicoemocional** Hace referencia a las condiciones afectivas, emocionales y psíquicas que caracterizan al sujeto en relación al desarrollo esperado para su edad. Pueden ser aportadas desde diferentes líneas teóricas psicológicas.
6. **Desarrollo social** Hace referencia al interés y las habilidades para establecer relaciones en los contextos sociales que transita el sujeto.
7. **Otra dimensión a considerar** (ej. perfil sensorial, motricidad, etc.) Algunos pacientes pueden demandar un apartado para describir y ponderar aspectos personales que caracterizan y definen su individualidad y deben ser considerados entre las variables del tratamiento fonoaudiológico.

Dimensión contextual (DC):

La dimensión contextual incluye la información relevante que no pertenece ya al paciente en sí mismo, sino a las personas, instituciones, ámbitos, profesionales, etc. en los que transcurre la vida del sujeto.

No se consigna información exhaustiva, sino aquella que tiene relevancia para el sujeto y su proceso terapéutico, como por ejemplo diversidad de opiniones paterna y materna en relación al diagnóstico del niño, o sistema de crianza "sin límites", familia numerosa, demandas escolares, hábitos sociales, etc.

En este trabajo se reconocieron como subdimensiones los grupos por los que transita el sujeto a medida que transcurre su ciclo vital: familiar, escolar, social, laboral. Se agrega la

subdimensión terapeuta puesto que los paradigmas, saberes, recursos y técnicas con los que trabaje, así como el vínculo pueden incidir en el proceso.

8. **Familiar** Se consigna información relativa al grupo familiar que pudiera incidir sobre la terapia.
9. **Escolar** Se consigna información sobre la experiencia escolar del paciente, en cuanto oportunidades, desafíos, demandas, etc.
10. **Laboral** Se consigna información sobre la experiencia y actividad laboral, si la tuviere el paciente.
11. **Social** Se consigna información sobre los ámbitos sociales en los que transita el paciente, identificando aquellos que resultan favorables, demandantes, desfavorables, etc.
12. **Terapeuta** Se consigna información sobre el terapeuta en tanto abordaje teórico, paradigma, etc.

Dimensión factores intervinientes en la toma de decisiones (DFI):

Esta tercera dimensión resulta de la ponderación del peso que tengan las subdimensiones personal y contextual en el momento que se realiza el corte evaluativo para la toma de decisiones. Es, por lo tanto, dependiente, altamente fluctuante y debe dar cuenta de la modificación de los subdimensiones sobre las que se interviene en la terapia.

En la literatura han sido descritas las relaciones favorables y desfavorables de cada subdimensión en el desarrollo de las personas y del lenguaje en particular. En el hacer cotidiano de un fonoaudiólogo, estas influencias se observan, describen, consideran, potencian o sortean como parte de la experticia y buen criterio del profesional. La dimensión Factores Intervinientes en la Toma de decisiones pretende objetivar la influencia

interdimensiones durante el desarrollo de la terapia.

A los fines de ordenar el acercamiento y plasmar el criterio del terapeuta se reconocieron 4 subdimensiones. A saber:

13. Neutro Una subdimensión será “neutra” en tanto carezca del atributo de favorable o desfavorable para el desarrollo del tratamiento.

14. A desarrollar Una subdimensión será considerada “desarrollar” cuando evidencie déficit (en relación a la edad cronológica, a las demandas contextuales y/o al resto de capacidades del mismo sujeto) sobre el cual se debe intervenir para minimizar el desfase o desequilibrio.

15. Fuerte Una subdimensión será “fuerte” cuando se registre desarrollo o funcionamiento por encima de lo esperado (norma) o por encima de los niveles de desarrollo de otras subdimensiones.

Se refiere a las subdimensiones que tienen mayor desarrollo, mayor facilidad de ejecución, y que pueden funcionar como apoyo en el desarrollo aspectos menos fortalecidos.

16. Condicionante Una subdimensión será condicionante cuando represente una interferencia en la evolución y la misma no sea alcanzable al tratamiento fonoaudiológico. En ocasiones las variables condicionantes pueden modificarse a largo plazo y/o con intervención de otros profesionales. Puede ocurrir también que tengan la característica de No modificable, por ejemplo: lesión cerebral en la dimensión personal, subdimensión orgánica.

Hace referencia al aspecto del paciente y/o su contexto que, por rigidez, escaso desarrollo, resistencia u otras causas interfiere en la evolución del sujeto y es, además, un aspecto poco manipulable desde la terapia fonoaudiológica. Se caracteriza por no poder ser abordado o modificado y por interferir negativamente con la evolución del paciente (en calidad, cantidad o tiempo). Debe incluirse,

entonces, como un elemento en la historia del sujeto y planificar objetivos e intervención con su influencia.

Algunos supuestos en relación a esta dimensión: En primer lugar, la dimensión Factores intervinientes en la toma de decisiones se constituye a partir del análisis que el terapeuta realiza de la información de las demás dimensiones y sus interrelaciones. Como todo el proceso, sus valores no son estáticos y permiten visualizar, a partir del estado actual, el próximo objetivo o intervención dentro del proceso tendiente a disminuir la existencia de subdimensiones a desarrollar. De hecho, en los sucesivos cortes evaluativos se visualiza el movimiento en DFI de las subdimensiones personal y contextual en relación al efecto de la ejecución terapéutica y las relaciones entre ellos.

Por otro lado, al categorizar cada subdimensión Personal y Contextual según su influencia en el tratamiento del lenguaje, muestra las relaciones intrínsecas y extrínsecas que favorecen y/o desfavorecen el próximo nivel evolutivo del paciente. En este sentido, diremos que una subdimensión Condicionante actuará como interferencia u obstáculo del desarrollo terapéutico. También, una subdimensión A desarrollar, será objetivo de intervención directo o indirecto en el proceso. En el mismo sentido, una subdimensión Fuerte podría considerarse como punto de apoyo o apuntalamiento de las subdimensiones A desarrollar. Es decir, permite demarcar el mapa de fortalezas y debilidades del paciente en el momento del corte evaluativo para justificar la decisión del fonoaudiólogo (intra o inter tratamiento).

Finalmente, mencionaremos que las valoraciones de las DP y DC en DFI, pueden ser evidenciables o hipotéticas. Es decir, en ocasiones el terapeuta hipotetiza sobre el peso de alguna subdimensión en el proceso terapéutico, a partir de indicadores más o

menos explícitos. Lejos de ser aleatoria, esta consideración permite visualizar los supuestos del terapeuta, objetivar su intervención y permitir su corroboración en un próximo corte evaluativo. De hecho, la hipótesis es el punto de partida del proceso terapéutico que propone el modelo cognitivo posterior a la evaluación, sustentado en el conocimiento del procesamiento normal del lenguaje. Esta tarea implica en el terapeuta un vasto conocimiento de los dominios del ser humano, sus indicadores y normas de funcionamiento para detectar así dichas influencias.

MOVIMIENTOS

De los datos volcados en DP, DC y DFI surge el estado de cada subdimensión en el momento del corte evaluativo. Resulta clarificador pero insuficiente para justificar la toma de decisiones. Es necesario, también, evidenciar en el esquema las relaciones dinámicas entre subdimensiones, tomar referencia a conceptos del desarrollo típico, así como los inherentes a la terapéutica de la comunicación y lenguaje.

A estas relaciones dinámicas las llamamos movimientos. Son los siguientes: impulsor, conflicto y mecanismos.

- **Impulsor:** Será la relación dinámica que evidencie la necesidad de un nuevo equilibrio y/o denuncie la insuficiencia del actual. Todo cambio inicia con una fuerza, energía o motivación que rompe la inercia del estado anterior. Comparable a la pulsión, el deseo o la motivación, en el abordaje de la comunicación y el lenguaje, incluye fuentes externas al sujeto, puesto que se trata de procesos sociales en su aprendizaje, función y realización. Puede surgir desde la dimensión personal o desde la dimensión contextual, se ubica como Fortaleza en la DFI.

Permite darle curso y sentido a la intervención desde el punto de vista del paciente y/o la familia. Que la intervención fonoaudiológica

tenga sentido para el paciente se traduce en alegría, motivación y estimulación natural (factores claves para el aprendizaje más rápido). Permite, además, acordar objetivos, tiempos, secuencias e indicadores de los mismos, lo que facilita la adherencia al proceso.

- **Conflicto:** De todas las subdimensiones que se consideraron A Desarrollar en DFI, alguna tiene mayor relevancia o influencia en la evolución. Justamente por esta interferencia se denomina a este movimiento Conflicto. Será el evidente problema de competencia o actuación lingüística/comunicativa del paciente, sea este primario (lingüístico) o secundario (originado por déficits en otra función no lingüística). Puede delimitarse a una porción del sistema de procesamiento del lenguaje, de funciones cognitivas, de sistema de pensamiento y/o a traspaso de información entre ellos. Sobre el Conflicto enfocará la intervención el terapeuta.

- **Mecanismos:** hacen referencia a la interrelación de las subdimensiones permitiendo evidenciar relaciones intrínsecas favorables o desfavorables para la evolución del sujeto. Se representan con flechas, cuya base parte de la dimensión influyente y cuya punta llega a la dimensión influenciada. Según sea la relación se diferencian en:

- mecanismo causal: expresa cuando una subdimensión influye negativamente en otra. Lo que en bibliografía se menciona como "síntomas secundarios" es decir el déficit de una función o dominio que se expresa en síntomas de otra función o dominio. Por ejemplo: un CI por debajo de la media repercutirá en las producciones lingüísticas del sujeto, aunque este procesamiento sea normal. Lo marcamos con flechas en color rojo. En el cuadro diagramado con flechas de línea de puntos.

- mecanismo resolutivo: expresa cuando una subdimensión influye y aporta a la organización y desarrollo de otra. Muestra lo que en bibliografía se menciona como facilitaciones,

compensaciones o estimulación reforzada, entre otros. Por ejemplo, el uso de información visual que facilita la organización verbal, en tanto refuerza la información auditiva mediante un canal perceptual eficiente. Se marcan con flechas de color verde, cuya base parte de la subdimensión que facilita y la punta llega a la subdimensión facilitada. En el cuadro con flechas de línea continua.

CONCLUSIONES:

El esquema aparece más completo y propicio para justificar la toma de decisiones del terapeuta de la comunicación y el lenguaje cuando en un mismo tiempo considera:

1. Situación orgánica, comunicación, lenguaje, nivel de pensamiento, situación psicoemocional, habilidades sociales del paciente.
2. Situación familiar, escolar, laboral y social, tanto como abordajes terapéuticos por los que transita o transitó el paciente.

3. Relaciones entre dichas facetas en tanto promueven el movimiento de las dimensiones y evidencian relaciones causales y facilitadoras, destacando el foco de intervención prioritario.

La aplicación de este esquema en un caso clínico a lo largo del desarrollo de la terapia del lenguaje permitió afianzar las subdimensiones y movimientos en diferentes tiempos. Asimismo, generalizar el uso a otros casos clínicos permitirá evidenciar un algoritmo en las decisiones terapéuticas en el abordaje fonoaudiológico.

Comparable a lo desarrollado desde otras disciplinas de las ciencias humanas, un algoritmo de toma de decisiones debería poder ser aplicado desde diferentes líneas teóricas con similares conclusiones, puesto que se basa en principios inherentes al ser humano más que adheridos a un concepto teórico particular. Resulta entonces ordenador de la intervención incluyendo métodos, técnicas, materiales y procedimientos específicos de cada subdimensión a abordar.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ahufinger N., Ferinu L., Pacheco-Vera F., Sanz-Torrent M., & Andreu L. (2021). El trastorno del desarrollo del lenguaje (TDL) más allá de las dificultades lingüísticas: Memoria y atención. *Revista de logopedia, foniatría y audiología*, 41(1), 4-16.

Auza A. & Peñaloza Castillo C. (2019). Factores individuales y familiares en el Trastorno del Desarrollo del Lenguaje (TDL). Iztapalapa. *Revista de ciencias sociales y humanidades*, 40(86), 41-66.

Barragan-Perez E., Álvarez-Amado D., García-Beristain J. C., Garfias-Rau C., Oliva M. P., de Guevara M. L., ... & Koloffon, G. C. (2021). Midiendo el espectro: De los trastornos del lenguaje a los trastornos del espectro autista: Consenso Latinoamericano Delphi Modificado. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 32(1), 112-127.

Barrera Caro N., Estrada Vargas J., Wimmer Wimmer K., & Alarcón Silva M. (2022). Evaluación de las expresiones evaluativas y habla reportada en niñas y niños con TDL y DT en el periodo posconfinamiento: un estudio de caso (Doctoral dissertation, Universidad Academia de Humanismo Cristiano).

Campos A., & Halliday L. F. (2020). Implicancias del cambio terminológico: de "Trastorno específico del lenguaje" a "Trastorno del desarrollo del lenguaje". *Revista Digital EOS Perú*, 8(2), 79-90.

Carazo P. C. M. (2006). El método de estudio de caso: estrategia metodológica de la investigación científica. *Pensamiento & gestión*, (20), 165-193.

Colom A. C. J., De Barbieri Z., Silva M., & Rojas D. (2022). Programa integrado de vocabulario y conciencia fonológica para preescolares con trastorno de desarrollo del lenguaje. *Onomázein*, (57), 241-256.

Godoy C. B., i Sellabona E. S., & i Suñé M. V. (2021). Intervención en Trastorno del Desarrollo del Lenguaje (TDL). Una revisión sistemática (2000-2020). *Revista de Investigación en Logopedia*, 11(1), 21-38.

Igualada A. J. (2021). Investigación en el trastorno del desarrollo del lenguaje en población hispanohablante. *Revista de Investigación en Logopedia*, 11(1), 5-7.

Jaramillo Ospina L. (2019). *La Pieza Que No Encaja: Análisis de caso único*.

Roussos A. J. (2007). El diseño de caso único en investigación en psicología clínica. *Un vínculo entre la investigación y la práctica clínica*.

Sanhuesa D. R., Urrutia M., Hernández P. A., & Marrero H. (2022). Comprensión del tiempo a través del espacio: Un estudio de plasticidad inducida en niños con trastorno del desarrollo del lenguaje. *Revista de logopedia, foniatría y audiología*, 42(1), 24-34.

Sanz Torrent M. & Andreu Barrachina L. (2021). El Trastorno del desarrollo del lenguaje (TDL): Dificultades lingüísticas y no lingüísticas. *Revista de logopedia, foniatría y audiología*.

[://doi.org/10.1016/j.jfma.2022.04.007](https://doi.org/10.1016/j.jfma.2022.04.007)

- Winiker, K., Hammond, R., Thomas, P., Dimmock, A., & Huckabee, M. (2022). Swallowing assessment in patients with dysphagia: Validity and reliability of a pocket-sized ultrasound system. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 57(3), 539–551. <https://doi.org/10.1111/1460-6984.12703>