



UGR | Universidad
de Granada



Facultad de Psicología
Universidad de Granada

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN EN PARKINSON

INTERVENCIÓN LOGOPÉDICA EN MAYORES

María Dolores Pedrosa Fernández
GRADO EN LOGOPEDIA

ÍNDICE

1. JUSTIFICACIÓN	2
2. DISEÑO DE EVALUACIÓN	5
Evaluación inicial	5
Evaluación de seguimiento	6
Evaluación final	6
3. OBJETIVOS	6
Objetivos generales.....	6
Objetivos específicos.....	6
4. CONTENIDOS	6
5. METODOLOGIA	7
6. ACTIVIDADES PROPUESTAS	7
7. EVALUACIÓN DEL PROGRAMA Y PROPUESTAS DE MEJORA	12
8. BIBLIOGRAFIA	13
ANEXO I	14
ANEXO II	16
ANEXO III	18

1. JUSTIFICACIÓN

Según la Federación Española de Parkinson la enfermedad de Parkinson es una enfermedad que afecta al sistema nervioso en el área encargada de coordinar la actividad, el tono muscular y los movimientos.

Fue descrita por primera vez en el año 1917 por el médico inglés James Parkinson. Esta enfermedad es un proceso crónico que pertenece a un grupo de trastornos que tienen su origen en la degeneración y muerte progresiva de unas neuronas, las dopaminérgicas, cuyo neurotransmisor primario es la dopamina y que cumplen funciones en el sistema nervioso central.

Los síntomas de la enfermedad se manifiestan una vez se produce una importante pérdida de las neuronas encargadas de controlar y coordinar los movimientos y el tono muscular. Esta pérdida neuronal se localiza en la zona de unión entre el cerebro y la médula espinal, el tronco encefálico, particularmente en aquellas neuronas que se hallan en un núcleo llamado sustancia negra y más concretamente en una porción de este núcleo que se denomina la parte compacta.

Siguiendo el portal www.Dmedicina.com los primeros síntomas de la enfermedad del Parkinson son leves y se van haciendo cada vez más notorios con el paso del tiempo. El cuadro inicial típico registra dolores en las articulaciones, dificultades para realizar movimientos y agotamiento. La caligrafía también empieza a cambiar y se torna pequeña e irregular. En el 80% de los pacientes los síntomas comienzan en un solo lado del cuerpo y luego se generalizan. Asimismo, el carácter varía en los primeros estadios, por lo que es habitual la irritabilidad o la depresión sin causa aparente. Todos estos síntomas pueden perdurar mucho tiempo antes de que se manifiesten los signos clásicos que confirman el desarrollo de la enfermedad.

Los síntomas típicos según el National Institute of Neurological Disorders and Stroke y DMedicina son los siguientes:

- Temblor: movimiento rítmico hacia atrás y hacia adelante. Generalmente comienza en la mano aunque en ocasiones afecta primero a un pie o a la mandíbula. Se agudiza en el reposo o bajo situaciones tensas y tiende a desaparecer durante el sueño. Puede afectar solo a un lado o a una parte del cuerpo.
- Rigidez: resistencia o falta de flexibilidad muscular. Todos los músculos tienen un músculo opuesto, y el movimiento es posible porque, al activarse un músculo, el opuesto se relaja. Cuando se rompe este equilibrio los músculos se tensan y contraen causando inflexibilidad y debilidad.

- Bradicinesia: pérdida de movimiento espontáneo y automático y conlleva la lentitud en todas las acciones. Esta lentitud es impredecible y es el síntoma más incapacitante, porque el paciente no puede realizar con rapidez movimientos habituales que antes eran casi mecánicos.
- Inestabilidad: la inestabilidad de la postura hace que los enfermos se inclinen hacia adelante o hacia atrás y se caigan con facilidad. La cabeza y los hombros caen hacia delante y la forma de andar empeora. El enfermo da pasos cortos y rápidos para mantener el equilibrio; o se queda literalmente “plantado” a mitad de camino, sin poder moverse. Existen una serie de síntomas secundarios que, aunque no afectan a todos los enfermos, provocan trastornos importantes ya que empeoran los síntomas principales y agravan las condiciones físicas y psicológicas del paciente.
- Depresión: problema común en todas las enfermedades crónicas, y en el Parkinson puede detectarse incluso antes de que comiencen los síntomas principales. Empeora con los fármacos utilizados para combatir esta patología, aunque los antidepresivos consiguen frenar con bastante éxito tanto las depresiones como los cambios emocionales.
- Dificultades para tragar y masticar: el mal funcionamiento de los músculos dificulta esta tarea cotidiana, favoreciendo la acumulación de saliva y alimentos en la cavidad bucal. Como consecuencia, son habituales los atragantamientos y el babeo.
- Cambios en el habla: cerca de la mitad de las personas con la enfermedad del Parkinson tiene dificultades para hablar. Estos problemas se suelen caracterizar por voz baja y tono monótono.
- Trastornos del sueño: la somnolencia y las pesadillas son características en esta enfermedad y generalmente están asociados a los fármacos.
- Pérdida de expresividad: el rostro pierde expresividad y aparece la denominada “cara de pez o máscara”, por falta de expresión de los músculos de la cara. Además, tienen dificultad para mantener la boca cerrada.
- Acinesia: consiste en una inmovilidad total que aparece de improviso y puede durar desde minutos hasta horas.
- Aumento o pérdida de peso.
- Hiposmia: consiste en la mala distinción de los olores o la reducción de la capacidad para percibirlos. Aparece en un 80% de los pacientes con Parkinson según la (SEN).
- Demencia u otros problemas cognitivos: algunas de las personas con esta enfermedad pueden presentar problemas en la memoria y pensamiento lento.

Los problemas cognitivos se agravan en las etapas más tardías de la enfermedad, y se podría hacer un diagnóstico de demencia por enfermedad de Parkinson.

Etapas de la enfermedad

Según la Sociedad Española de Neurología (SEN), Hoehn y Yhar establecieron los cinco niveles o estadios clásicos de progresión de la EP. Hay que hacer hincapié en que no todos los pacientes que la sufren van a evolucionar hasta los últimos niveles:

- Estadio 1: síntomas leves, afectan solo a una mitad del cuerpo.
- Estadio 2: síntomas ya bilaterales, sin trastorno del equilibrio.
- Estadio 3: inestabilidad postural, síntomas notables, pero el paciente es físicamente independiente.
- Estadio 4: incapacidad grave, aunque el paciente aún puede llegar a andar o estar de pie sin ayuda.
- Estadio 5: necesita ayuda para todo. Pasa el tiempo sentado o en la cama.

Diagnóstico y tratamiento

La EP es difícil de diagnosticar en sus etapas iniciales, ya que se confunde con los síntomas propios de otras patologías. Según los últimos estudios recogidos por la SEN, el diagnóstico de Parkinson en España tarda entre uno y cinco años.

El mejor medio para detectar esta patología es la observación, tanto por el médico como por los familiares, ya que el contacto permanente les permite confirmar la continuidad o progresión de los síntomas y los posibles cambios tanto físicos como emocionales.

La Federación Española de Parkinson indica que para confirmar el diagnóstico se pueden realizar pruebas complementarias. Algunas de ellas son las siguientes:

- ✓ Análisis de laboratorio;
- ✓ pruebas de imagen cerebral: escáner cerebral (TAC) o la resonancia magnética (RMN). Estas pruebas nos ayudaran a excluir otras enfermedades que pueden provocar síntomas parecidos al Parkinson;
- ✓ pruebas de neuroimagen funcional: tomografía por emisión de positrones;
- ✓ pruebas neurofisiológicas: estudios de electromiografía.

En la enfermedad de Parkinson es esencial el diagnóstico precoz, ya que cada tipo de Parkinsonismo tiene un tratamiento diferente.

Esta es una patología crónica que, de momento, no tiene curación. El objetivo del tratamiento es reducir la velocidad de progresión de la enfermedad, controlar los

síntomas y los efectos secundarios derivados de los fármacos que se usan para combatirla.

Estos pacientes pueden tener tratamiento farmacológico, quirúrgico y/o rehabilitación física. Centrándonos en nuestro trabajo es frecuente que los pacientes con Parkinson presenten problemas de habla como disartria, hipofonía, pérdida de la prosodia o entonación adecuada, etc.

2. DISEÑO DE EVALUACIÓN

Evaluación inicial

En primer lugar, se recopilará toda la información relevante del paciente al que vayamos a tratar; datos del paciente, origen y evolución de la enfermedad, informes médicos, etc. (véase Anexo I).

Posteriormente, se propondrá una entrevista inicial tanto al paciente como a su familia para tener una primera impresión del caso.

Una vez realizada la entrevista y recopilada toda la información necesaria, el logopeda debe analizar los datos obtenidos y decidir que pruebas diagnósticas serán necesarias para el paciente.

Algunos de los test o encuestas cuantitativas que se pueden utilizar para evaluar a los sujetos con EP son los siguientes:

- Escala de Depresión Geriátrica para la evaluación de la depresión. Contiene 30 ítems con posibles respuestas de sí/no. Cada ítem puntúa entre 1 ó 0 puntos, siendo de 0 a 10 ánimo normal, de 11 a 20 puntos depresión leve y a partir de 21 puntos depresión grave.
- “Test del Reloj” para la evaluación del deterioro cognitivo asociado a la demencia. Se puntúa por separado la esfera del reloj (de 2 a 0 puntos), las manecillas (de 4 a 0 puntos) y los números (de 4 a 0 puntos). Existe deterioro cognitivo cuando la puntuación total es menor o igual a 6 puntos.
- Examen cognoscitivo MINI-MENTAL para la evaluación del deterioro cognitivo. Cada ítem se valora con un 0 si la respuesta es errónea y con un 1 si la respuesta es correcta. La puntuación máxima que se puede conseguir en esta prueba es de 30 puntos. El punto de corte está en 23 puntos.
- “WAIS- III” para la evaluación del lenguaje. De esta prueba de inteligencia solamente se utilizarán los subtest que evalúan niveles lingüísticos, es decir, los

subtest de vocabulario, semejanzas y comprensión. Pudiendo conseguir en cada uno de los ítems de estas pruebas 0,1 y 2 puntos.

Evaluación de seguimiento

Una vez propuesta la intervención, será necesario realizar una evaluación continua durante las sesiones para observar los logros obtenidos de cada paciente. Esta evaluación se realizará mediante observación; se tomarán anotaciones en una hoja de registro en la que apuntaremos el modo de responder a cada tarea o actividad que se le presenta (véase Anexo II).

Evaluación final

Por último, se realizará una evaluación no estandarizada del lenguaje al terminar el programa, donde se recogerán los avances que se han producido en cada uno de los objetivos establecidos, decidiendo si debemos reforzar los aspectos no adquiridos o seguir con las demás necesidades observadas en el caso.

3. OBJETIVOS

Objetivos generales

- ✓ Conseguir una comunicación efectiva.
- ✓ Mantener los componentes del habla preservados.
- ✓ Recuperar los síntomas de deterioro que hayan aparecido.
- ✓ Mejorar la inteligibilidad del habla.

Objetivos específicos

- ✓ Regular la respiración y el soplo.
- ✓ Controlar la rigidez de los músculos implicados en la respiración.
- ✓ Mejorar la motricidad y la fuerza de los órganos articulatorios.
- ✓ Perfeccionar la postura y la coordinación fonorespiratoria.
- ✓ Conseguir una articulación correcta en el lenguaje espontáneo.
- ✓ Trabajar la entonación y la prosodia.

4. CONTENIDOS

El programa ha sido estructurado de la siguiente forma:

BLOQUES	CONTENIDOS
Bloque 1	Relajación
Bloque 2	Postura

Bloque 3	Respiración
Bloque 4	Fonación
Bloque 5	Articulación
Bloque 6	Prosodia

5. METODOLOGIA

Una vez determinado el diagnóstico, se comenzará a trabajar de forma específica todas aquellas dificultades o carencias que encontremos en el caso a tratar.

Partimos de la base de que no hay dos trastornos iguales y que las lesiones afectan de manera distinta a cada paciente, por lo que será necesario comenzar por la elaboración de un material individualizado para cada caso, teniendo en cuenta la situación médica del afectado, sus capacidades cognitivas, lingüísticas, y el estado emocional y motivacional de este, como también sus gustos y preferencias.

A la hora de la intervención, es recomendable que en las sesiones haya variedad de ejercicios y actividades, intentando siempre iniciar las sesiones con diálogo y finalizando con algún juego o actividad gratificante para el paciente.

Un trabajo coordinado, común e interdisciplinar entre la familia, los profesionales externos y la clínica es esencial para conseguir los mejores resultados de intervención en un sujeto con este tipo de dificultad.

En un principio la intervención se llevará a cabo dos veces a la semana en sesiones de aproximadamente 45 minutos, pudiendo variar según el horario y disponibilidad del logopeda y de los sujetos. La duración del programa dependerá de cada sujeto; se han propuesto 12 sesiones, pero se aumentarán o disminuirán según la mejora que vayamos observando en el paciente.

6. ACTIVIDADES PROPUESTAS

Bloque 1: Relajación.

Los afectados de Parkinson presentan rigidez en los músculos implicados en la respiración y la articulación, por tanto es muy importante relajar todos estos músculos y notar la sensación de tensión y distensión mientras se hacen los ejercicios. Las actividades planteadas para este bloque son las siguientes:

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN EN PARKINSON

- Tensar los músculos al máximo, mantener esta tensión durante unos segundos, e ir relajando poco a poco (se hará con varias partes del cuerpo: frente, nariz, mejillas, cuello, brazos, etc.).
- Desplazar la cabeza hacia abajo y descansar la barbilla en el cuello, se vuelve a la posición inicial y después el desplazamiento será hacia atrás, pegando la cabeza a la nuca.
- Desplazamientos laterales de la cabeza. Primero se desplazará la cabeza hacia el hombro derecho y se volverá a la posición inicial. Después se hará lo mismo hacia el hombro izquierdo.
- Desplazamientos rotatorios de la cabeza, de izquierda a derecha y de derecha a izquierda.
- Masaje facial con las yemas de los dedos en la cara.
- Expresión de emociones en la cara. Por ejemplo: aburrido, triste, feliz, etc.



Bloque 2: Postura.

Los trastornos posturales que presentan los afectados de Parkinson, incrementan las dificultades en la fonación. Por tanto, en este bloque intentaremos conseguir una postura lo más adecuada posible para favorecer la respiración y así mejorar la fonación de los pacientes con esta enfermedad. A continuación presentamos los ejercicios previstos:

- Estiramiento columna vertical.

Colocar la espalda contra la pared con las piernas ligeramente abiertas durante unos segundos y pedir al paciente que memorice esta postura.

- Sensibilización y estimulación de la planta y los dedos de los pies.

Presionar la planta del pie con una pelota e ir moviéndola por el talón, dedos...



Presionar una pelota de goma

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN EN PARKINSON

Abrir y cerrar los dedos de los pies.

Mover los pies haciendo círculos, primero el derecho, después el izquierdo y finalmente ambos pies a la vez.

- Estiramiento de los brazos y la pelvis.

Mover la cintura hacia un lado y hacia otro.

Hacer movimientos circulares con la cintura.

Girar el brazo derecho haciendo círculos hacia delante y hacia atrás, después lo mismo con el brazo izquierdo y por último girar ambos brazos a la vez.

Bloque 3: Respiración.

En este bloque trabajaremos para conseguir una respiración costodiafragmática intentando que la respiración no repercuta directamente en la fonación de los pacientes con Parkinson. Los ejercicios que realizaremos serán los siguientes:

- Inspiramos nasalmente de forma lenta y profunda, retenemos el aire y espiramos bucalmente de manera lenta.
- Inspiramos por la nariz de forma lenta y profunda, retenemos unos segundos el aire y espiramos bucalmente de forma rápida y continua.
- Inspiramos nasalmente de forma rápida y espiramos lentamente.
- Inspiramos nasalmente de forma lenta y espiramos también lentamente.
- Inspiramos aire por la nariz, retenemos el aire unos segundos y lo expulsamos emitiendo una vocal lo más larga posible.
- Inspiramos aire por la nariz, retenemos el aire unos segundos y soplamos una vela.
- Inflar globos.
- Soplar una pelota de ping pong por el camino marcado.
- Inspirar en posición normal y espirar girando la cabeza hacia la derecha al máximo, volver a la posición de partida. Lo mismo hacia el lado izquierdo.
- Inspiramos levantando los brazos, retenemos el aire y espiramos bajando los brazos suavemente.

La respiración se debe de realizar manteniendo una postura corporal correcta, usando las técnicas aprendidas en el bloque anterior.

El paciente deberá de realizar los ejercicios con la mano sobre su abdomen y la otra sobre su pecho para observar los movimientos que se producen en la respiración.

Bloque 4: Fonación.

Una vez que se haya trabajado la respiración, será muy importante entrenar la coordinación fonorespiratoria al hablar y gestionar el aire espirado. Para ello realizaremos las siguientes actividades:

- Diga vocales delante del espejo o a otra persona, sin emitir voz, solo moviendo los labios. Se trata de que el otro adivine de qué vocal se trata.
- Diga palabras delante del espejo o a otra persona, sin emitir voz. Se trata de que el otro adivine de qué palabra se trata.
- Hable con un lápiz colocado horizontalmente en la boca (días de la semana, palabras, meses del año, etc.).
- Contar del 1 hasta el número que pueda sin tomar aire, sin que los pulmones se vacíen del todo.
- Contar del 1 al 30 tomando aire cada 3 números. Después cada 4 números y por último, cada 5 números.
- Contar, tomando aire cada vez un número más allá. Es decir:
 - 1, 2, 3 (aire)
 - 1, 2, 3, 4 (aire)
 - 1, 2, 3, 4, 5 (aire) y así sucesivamente.
- Decir los días de la semana durante 5 veces seguidas, tomando aire al inicio de cada semana.
- Emitir el sonido /m/ aumentando progresivamente su intensidad.
- Emitir el sonido /m/ variando el volumen. Es decir, una m floja-fuerte-floja-fuerte.
- Partiendo de la /m/, emitir las vocales aumentando la intensidad de la voz:
 - MaaaaaaaaaaaaAAAAA
 - MeeeeeeeeeeeeEEEEEE
 - MiiiiiiiiiiiiiiiiIIIIIIIIIIII
 - MooooooooooooOOOOOO
 - MuuuuuuuuuuUUUUUU
- Partiendo de la /m/, emita vocales seguidas:
 - Maei
 - Maeiou
 - Maouo
 - Muiou
- Leer palabras aumentando su intensidad:
 - EnerOOOOO
 - CocheEEEE

MoTOOO

ColegilOOO

- Leer frases de diferente extensión:

María va al parque.

María y Juan van al parque.

María y Juan van al parque con sus amigos.

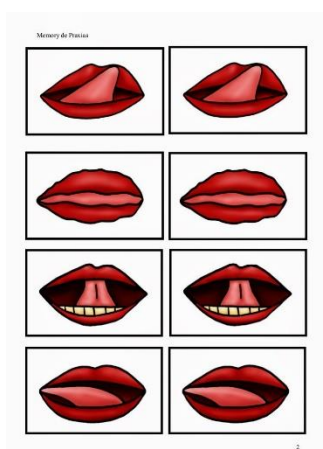
María y Juan van al parque a jugar con sus amigos.

Bloque 5: Articulación.

En la enfermedad del Parkinson, la articulación es poco clara y precisa. Para mejorarla hemos propuesto los siguientes ejercicios:

- Praxias bucofaciales.

Realizaremos las praxias con el sujeto con la ayuda de un espejo, para que el paciente se observe a medida que va realizando los ejercicios. Con la imagen de una cara y diferentes formas de la boca, se le pedirá que cambie la forma de la boca de la cara y que la intente imitar (5 repeticiones cada una).



Ejemplo de imágenes de praxias.

- Ejercicios del botón.

Introducir dentro de la boca un botón atado a un hilo y hacer contraresistencia con los labios bien cerrados.

- Ejercicios depresores.

Hacer fuerza con la lengua contra el depresor.

Poner el depresor entre los labios y el logopeda deberá hacer fuerza en cada extremo.

- Mostrar imágenes y reproducir la onomatopeya correspondiente.

Moto-rrrruum

Vaca-muuuu.

Oveja- beee.

- Sobrearticulación de las vocales, consonantes y sílabas.
- Exagerar los movimientos articulatorios leyendo un texto.
- Lectura de cuentos, adivinanzas y trabalenguas.

Bloque 6: Prosodia.

- Presentar logotomas con diferentes sonidos que correspondan a distintos tiempos y entonaciones.
- Cantar canciones con diferentes ritmos e incorporar movimiento frente al espejo.
- Leer refranes.

No por mucho madrugar, amanece más temprano.

Más vale pájaro en mano, que ciento volando.

Perro ladrador, poco mordedor.

A quien a buen árbol se arrima, buena sombra le cobija.

Quien mucho abarca, poco aprieta.

- Pronunciar la misma frase con diferentes melodías.

Marcos ira al parque

¿Marcos ira al parque?

¡Marcos ira al parque!

Vamos a ir de vacaciones

¿Vamos a ir de vacaciones?

¡Vamos a ir de vacaciones!

- Pronunciar más fuerte las palabras que están destacadas.

Mañana IRE a COMPRAR al SUPERMERCADO

Mi HIJA viajará a MÁLAGA.

- Leer poemas.

7. EVALUACIÓN DEL PROGRAMA Y PROPUESTAS DE MEJORA

Como conclusión y cierre de este proyecto de intervención, hemos creado un instrumento para la evaluación del programa. Para ello, se ha elaborado una hoja de registro en la que se recogerá la eficacia del mismo; valorando tanto el programa en general, como el desarrollo y resultado del mismo (véase Anexo III).

Con los resultados de este registro se podrán realizar las propuestas de mejora oportunas para optimizar dicho programa de intervención.

8. BIBLIOGRAFIA

DMedicina. Recuperado de

www.dmedicina.com/enfermedades/neurológicas/parkinson

National Institute of Neurological Disorders and Stroke. Recuperado de

www.espanol.ninds.nih.gov/trastornos/parkinson_disease_spanish.htm

La fundación del cerebro (FEEN). Recuperado de

www.fundaciondelcerebro.es/enfermedades-neurológicas/parkinson

Sociedad Española de Neurología (1949). Recuperado de www.sen.es

Federación Española Parkinson. Recuperado de www.fedesparkinson.org/index.php?r=site/page&id=26&titl=Evolución&idm=54

Brink, T. Yesavage, J. y Lum, O. *Geriatric Depression Scale (GDS)*.

Cacho, J. y García, R. (1999). *Test del Dibujo del Reloj*.

Folstein, M. Folstein, S. McHugh, P. y Fanjiang, G. *Mini-mental State Examination*.

The Psychological Corporation (1997). *WAIS-III, Weschsler Adult Intelligence Scale*.

ANEXO I

PROTOCOLO DE DATOS BÁSICOS	
Nombre	
Apellidos	Sexo
Fecha de nacimiento	Años
Domicilio	
Estado civil	
Soltero	
Casado/ Con pareja	
Separado/ Divorciado	
Viudo	
Otros (religioso, etc)	
Domicilio/ Convive con	
Familia	
Pareja	
Hijos	
Solo	
Residencia	
Otros	
Estudios	
No tiene	
Primarios (hasta los 16 años)	
Secundarios (de 16 a 18 años)	
Superiores (Universidad)	
Situación laboral	
Activo	
Paro	
Jubilado	
Incapacitado	

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN EN PARKINSON

Nunca ha trabajado
Nivel económico
Bajo
Medio
Alto
DATOS CLÍNICOS
Años que lleva con la enfermedad
Edad en la que se diagnostica la enfermedad
Presencia de enfermedades psíquicas
Si. Cuál No
Tiempo que lleva en la asociación de Parkinson
Medicación que toma para el Parkinson
Medicación para otras enfermedades
Presencia de otras enfermedades somáticas (ejemplo: diabetes)
Si. Cuál No
Informes médicos

ANEXO II

EVALUACIÓN DE SEGUIMIENTO	INICIADO	EN PROCESO	CONSEGUIDO
Relajación			
Movimientos adecuados.			
Mejora musculatura de la cara.			
Distingue tensión/distensión.			
Expresión de emociones.			
Controla la tonicidad de los músculos.			
Postura			
Adecuada posición columna vertical.			
Estimulación planta de los pies.			
Estimulación dedos de los pies.			
Posición de la pelvis adecuada.			
Estiramiento de los brazos adecuado.			
Respiración			
Controla la respiración.			
Realiza respiración costodiafragmática.			
Fonación			
Respiración/fonación adecuada.			
Lee correctamente aumentando/disminuyendo el volumen de las palabras.			
Emite series de sonidos/palabras de forma correcta.			
Lee frases de diferentes extensiones de forma correcta.			
Articulación			
Realiza praxias.			

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN EN PARKINSON

Emite sobrearticulaciones.			
Imita onomatopeyas.			
Articula correctamente los fonemas.			
Exagera los movimientos articulatorios.			
Lee textos de manera adecuada.			
Prosodia			
Lee frases con distintas melodías.			
Pronuncia las palabras con el volumen que se le pide.			
Lee refranes y poemas de forma correcta, respetando pausas y signos de puntuación.			

ANEXO III

EVALUACIÓN DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN			
	SI	NO	COMENTARIOS/SUGERENCIAS
EVALUACIÓN DEL PROGRAMA			
Se formula de forma adecuada.			
Los objetivos y las metas están definidos con claridad.			
Responde a las necesidades del sujeto.			
Se ha establecido un plan de acción detallado y un calendario planificado.			
Están claramente definidas las responsabilidades y tareas.			
Se han definido correctamente los recursos, técnicas, instrumentos y metodología.			
Se adecúa al contexto en el que se aplica.			
EVALUACIÓN DEL PROGRAMA EN SU DESARROLLO			
El destinatario muestra interés.			
Realiza las actividades indicadas.			
Interviene de forma positiva.			
Se interesa por corregir sus fallos.			
Tiene buena conducta y predisposición.			
Realiza las actividades en el tiempo previsto.			
Han sido efectivas las técnicas e instrumentos empleados.			
Se debe suprimir alguna de las actividades programadas.			
Son adecuados los materiales utilizados.			
El número de sesiones es suficiente para los contenidos, actividades y los objetivos del programa.			
El tiempo previsto para cada actividad es suficiente.			
Se cumple la planificación previa de las actividades.			
Tiene alguna limitación o dificultad para su aplicación.			
Es recibido de forma adecuada por el sujeto.			
Los recursos que ofrece son los adecuados.			
EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS DEL PROGRAMA			
Se han logrado los objetivos y las metas previstas.			
Se ha reducido o ha desaparecido el problema.			
El sujeto ha mejorado gracias al programa.			
El sujeto está satisfecho con el programa.			
Es adecuado para este sujeto.			
Cubre todas las necesidades del sujeto.			
Cumple con su finalidad.			
Tiene alguna limitación.			
Podría mejorarse de alguna manera.			