



**TRASTORNOS  
DE LA  
COMUNICACIÓN  
Y LENGUAJE II:  
INTERVENCIÓN**

**CURSO 2019/2020**

**GRUPO DE TRABAJO: EOEP'S**

## Contenido

<b>1. ETAPAS EN LA ADQUISICIÓN DEL LENGUAJE</b> .....	4
1.1 ETAPA PRELINGÜÍSTICA (DE 0 A 12 MESES).....	4
1.2 ETAPA LINGÜÍSTICA (A PARTIR DE 12 MESES).....	5
1.2.1 PERIODO PALABRA- FRASE (DE 12 MESES A 2 AÑOS).....	5
1.2.2 PERIODO DE LAS PRIMERAS FRASES (DE 2 A 6 AÑOS) .....	5
<b>2. DISLALIA</b> .....	8
2.1 DEFINICIÓN .....	8
2.2 TIPOS DE DISLALIA .....	8
2.3 CRITERIOS PREVIOS.....	9
2.4 EVALUACIÓN.....	10
2.5 PRUEBAS DE DIAGNÓSTICO DEL LENGUAJE ORAL .....	11
2.6 ORIENTACIONES Y RECURSOS .....	12
<b>3. RETRASO SIMPLE DEL LENGUAJE</b> .....	13
3.1 DEFINICIÓN .....	13
3.2 INDICADORES.....	13
3.2.1 A NIVEL FONOLÓGICO .....	13
3.2.2 A NIVEL MORFOSINTÁCTICO .....	13
3.2.3 A NIVEL SEMÁNTICO.....	14
3.2.4 A NIVEL PRAGMÁTICO.....	14
3.3 EVALUACIÓN.....	14
3.4 PRUEBAS Y DIAGNÓSTICO.....	15
3.5 ORIENTACIONES Y RECURSOS .....	16
3.5.1 ACTIVIDADES PARA NIÑOS CON RETRASO SIMPLE DEL LENGUAJE. ...	16
3.5.2 ¿CÓMO PODEMOS AYUDAR EN CASA A NIÑOS CON RETRASO SIMPLE DEL LENGUAJE?.....	17
<b>4. MUTISMO SELECTIVO</b> .....	18
4.1 DEFINICIÓN .....	18
4.2 INDICADORES.....	18
4.3 EVALUACIÓN.....	19
4.4 PRUEBAS Y DIAGNÓSTICO.....	20
4.4.1 ASPECTOS PRÁCTICOS EN LA EVALUACIÓN Y EL TRATAMIENTO.....	20
4.5 ORIENTACIONES Y RECURSOS .....	21
4.5.1 PAUTAS PARA MEJORAR LAS COND. PERSONALES Y SOCIALES .....	21
4.5.2 PAUTAS ESPECÍFICAS PARA LA ESTIMULACIÓN DEL HABLA .....	23
<b>5. DISFONÍA</b> .....	25

5.1 DEFINICIÓN.....	25
5.2 TIPOS DE DISFONÍAS.....	25
5.3 INDICADORES.....	25
5.4 EVALUACIÓN.....	26
5.5 PRUEBAS Y DIAGNÓSTICO.....	26
5.5.1 TRATAMIENTO.....	26
5.6 ORIENTACIÓN Y RECURSOS.....	27
<b>6. DISFEMIA.....</b>	<b>28</b>
6.1 DEFINICIÓN.....	28
6.1.1 ORIGEN.....	28
6.2 TIPOS.....	29
6.3 INDICADORES.....	29
6.4 EVALUACIÓN.....	30
6.5 PRUEBAS Y DIAGNÓSTICO.....	30
6.5.1 TRATAMIENTO.....	30
6.6 ORIENTACIÓN Y RECURSOS.....	31
<b>7. DISARTRIA.....</b>	<b>32</b>
7.1 DEFINICIÓN.....	32
7.2 TIPOS.....	32
7.2.1 CAUSAS.....	33
7.3 INDICADORES.....	33
7.4 EVALUACIÓN.....	34
7.5 PRUEBAS Y DIAGNÓSTICO.....	34
7.6 ORIENTACIÓN Y RECURSOS.....	34
<b>8. DISGLOSIA.....</b>	<b>35</b>
8.1 DEFINICIÓN.....	35
8.2.1. ORIGEN.....	35
8.2 TIPOS.....	35
8.3 INDICADORES.....	36
8.4 EVALUACIÓN.....	36
8.5 PRUEBAS Y DIAGNÓSTICO.....	36
8.6 ORIENTACIÓN Y RECURSOS.....	36
<b>9. TRASTORNO ESPECÍFICO DEL LENGUAJE TEL.....</b>	<b>39</b>
9.1 DEFINICIÓN.....	39
9.1.1 ORIGEN.....	39
9.2 TIPOS.....	39

9.3 INDICADORES.....	40
9.3.1 CRITERIOS DE DIAGNÓSTICO.....	40
9.4 EVALUACIÓN.....	41
9.5 PRUEBAS Y DIAGNÓSTICO.....	41
9.6 ORIENTACIÓN Y RECURSOS .....	42
<b>10. AFASIA.....</b>	<b>44</b>
10.1 DEFINICIÓN .....	44
10.2 TIPOS.....	44
10.3 INDICADORES.....	48
10.4 EVALUACIÓN.....	48
10.4.1 TRATAMIENTO .....	49
10.5 PRUEBAS Y DIAGNÓSTICO.....	50
10.6 ORIENTACIÓN Y RECURSOS .....	52
<b>11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>53</b>
<b>ANEXO I: CRITERIOS PARA DIFERENCIAR ENTRE RETRASO SIMPLE DEL LENGUAJE Y TEL.....</b>	<b>55</b>
<b>ANEXO II: CUESTIONARIO PARA LA DETECCIÓN PRECOZ DEL MUTISMO SELECTIVO .....</b>	<b>56</b>
<b>ANEXO III: EVALUACIÓN PSICOPEDAGÓGICA DEL MUTISMO SELECTIVO. .</b>	<b>58</b>
1.  ÁMBITO PERSONAL .....	58
2.  ÁMBITO ESCOLAR.....	58
3.  ÁMBITO FAMILIAR.....	58

# 1. ETAPAS EN LA ADQUISICIÓN DEL LENGUAJE

En este sentido Valero (2017) considera el lenguaje como una *característica diferencial* entre los seres humanos y el resto de las especies. Es una de las mejores herramientas de comunicación que nos ayuda a establecer las primeras interacciones sociales, favoreciendo el aprendizaje.

En el desarrollo del lenguaje existen unas *etapas e hitos*. Durante los tres/cuatro primeros años de vida se produce una *explosión* en la adquisición de la habilidad del habla y del lenguaje. A los *siete años*, el cerebro mostrará una predisposición al aprendizaje más intensa. Niños lingüísticamente bien estimulados y en un ambiente social y emocional estable conseguirán hablar antes. (Valero, 2017)

## 1.1 ETAPA PRELINGÜÍSTICA (DE 0 A 12 MESES)

### De 0 a 5 meses:

- Localiza sonidos laterales moviendo la cabeza.
- Sensibilidad ante el ruido.
- Se calma al oír la voz de sus padres.
- Emite sonidos para atraer la atención del adulto.
- Atención visual.
- Crea sonidos relacionados con el placer y el dolor (risas, llantos o quejas).
- Emite ruidos con su garganta.
- Aparecen los gorjeos y gritos.
- Hace pequeños ruidos cuando se le habla.

### De 6 a 12 meses:

- Lloro al separarse de sus padres
- Comprende la palabra “no”.
- Conoce y responde a su nombre.
- Se divierte con los juguetes que emiten sonidos y disfruta con las canciones.
- Aparecen las protoconversaciones:
  - *Protoimperativas*: el niño quiere algo y se dirige con gestos o con la mirada hacia su objetivo.
  - *Protodeclarativas*: el niño transmite un sentimiento.
- Surge el laleo que son sonidos vocálicos y consonánticos (“mamama”, “papapa”, “bababa”)
- Trata de repetir algunos sonidos.

## 1.2 ETAPA LINGÜÍSTICA (A PARTIR DE 12 MESES)

### 1.2.1 PERIODO PALABRA- FRASE (DE 12 MESES A 2 AÑOS)

#### **De 12 a 18 meses:**

- Intenta imitar palabras sencillas.
- Emite onomatopeyas (animales, transportes, etc).
- Emite las primeras palabras con significado (“mamá”, “papá” o “agua”) aunque la pronunciación puede ser poco clara. (“aba”, “tete”).
- Responde a preguntas sencillas mediante lenguaje no verbal (¿Dónde está?, ante objetos o imágenes).
- Le gusta mirar cuentos con imágenes.
- Combina dos sílabas distintas.
- Obedece órdenes simples acompañados de gesto.
- Más capacidad comprensiva que expresiva.
- Identifica entre dos objetos el que se le pide.
- Utiliza una o dos palabras para indicar una persona o un objeto.
- Aparecen las holofrases.
- Al final de la etapa el vocabulario será de unas 50 palabras, aún puede cometer errores en la producción.

#### **De 18 meses a 24 meses:**

- Pronuncia sin errores todas las vocales y los fonemas más sencillos.
- Comienza a usar otros sonidos de la lengua.
- Distingue el femenino y el masculino.
- Es capaz de pedir los alimentos por su nombre.
- Comienza a juntar palabras aisladas para construir sus primeras “frases” (mamá pan).
- Atribuye funciones a los objetos más familiares y comienza a nombrarlos.
- Comienza a entender y aceptar órdenes verbales (recoger, sentarse, ir a la mesa, etc.).
- Utiliza la tercera persona para referirse a sí mismo.
- Al final de la etapa el vocabulario será de unas 250 palabras.

### 1.2.2 PERIODO DE LAS PRIMERAS FRASES (DE 2 A 6 AÑOS)

#### **De 2 a 3 años:**

- Su habla se vuelve más precisa.
- Hace frases del tipo sustantivo + verbo (“papa ven”).
- Sabe pronombres como “yo”, “tú” y “ella”.

- Conoce conceptos como “dentro de”, “grande”, “guapa”, etc.
- Comienza a usar el plural.
- Emplea el “no” de forma oral y no sólo con el gesto.
- Puede agrupar objetos por familias.
- Hace inflexiones en su voz para hacer preguntas ¿mi pelota?
- Aparece el ¿por qué? y ¿para qué?
- Responde a preguntas del tipo: ¿qué estás haciendo?, ¿dónde?
- Utiliza el lenguaje oral para contar lo que hace, lo que quiere, lo que le pasa, etc.
- Hace enunciados de 3 o más palabras.
- Presta atención durante algún tiempo a música o cuentos cortos.
- Se produce la explosión del lenguaje. El vocabulario se amplía de 250 a 900 palabras.
- Mezcla la realidad y la ficción.
- Entona algunas canciones aprendidas y se mueve a su ritmo.
- Aparece el juego simbólico.

#### **De 3 a 4 años:**

- Esta es la tapa de la “lengua de trapo”. El niño intenta pronunciar sonidos para los que todavía no tiene la madurez articulatoria adecuada, produciendo palabras distorsionadas, que pueden resultar graciosas a los oyentes, al omitir o cambiar los sonidos más complejos.
- Es capaz de pronunciar con cierta facilidad sonidos que antes le resultaban imposibles y empieza a ensayar otras más complejas que todavía no es capaz de articular correctamente.
- Emplea el gerundio, los plurales y los artículos.
- Comienza a responder a preguntas sencillas que se refieren a algo que no está presente.
- Le gusta mucho hacer preguntas sobre diversos temas. Este es el período de los constantes e interminables “como”, “cuándo” y “por qué”. Busca respuesta para todo, haciendo verdaderos esfuerzos para hacerse entender.
- Es capaz de describir objetos comunes.
- Se divierte con el lenguaje y disfruta con los absurdos.
- Expresa ideas y sentimientos.
- Repite enunciados largos.
- La estructura gramatical de sus expresiones es muy sencilla, pero se va haciendo cada vez más compleja al incorporar nuevos elementos.
- Sale del egocentrismo y entra en la etapa del lenguaje social.
- Mantiene la interacción con otras personas.

#### **De 4 a 5 años:**

- Ahora puede realizar secuencias fonéticas relativamente complicadas por lo que empiezan a aparecer en su vocabulario palabras de difícil articulación.
- Tiende a eliminar gran parte de las omisiones que se realizaban con los fonemas más difíciles de producir: desaparece la lengua de trapo.

Hasta este momento se han establecido los principales hitos en el desarrollo del lenguaje. Hemos de ser conscientes de que pueden producirse ligeras diferencias en la adquisición de alguno de los ítems entre los niños sin que ello suponga una dificultad en el lenguaje. Del mismo modo, no podemos caer en estereotipos, como “ya hablará”, potenciar la “lengua de trapo”, etc. que podrían restar importancia a una potencial dificultad y, por lo tanto, a una intervención temprana y ajustada que favoreciera el desarrollo integral del niño.



## 2. DISLALIA

### 2.1 DEFINICIÓN

La dislalia es un trastorno en la articulación de los fonemas que puede ser de tipo evolutivo, funcional, audiógeno y orgánico.

### 2.2 TIPOS DE DISLALIA

Según (Pascual, 1988) se identifican varios tipos de dislalias atendiendo a su etiología:

**Dislalia evolutiva:** es la más frecuente, ya que es una fase del desarrollo del lenguaje infantil en la que el niño/a no es capaz de repetir por imitación las palabras de forma correcta desde el punto de vista fonético. Dentro de la evolución normal del desarrollo madurativo, estas dificultades se van superando y sólo si persisten más allá de los 4 o 5 años se puede considerar patológico.

**Dislalia funcional:** es un trastorno en la articulación de los fonemas debido a un mal funcionamiento de los órganos periféricos del habla. Se debe, fundamentalmente, a una escasa habilidad motora (dificultad en los movimientos de lengua, labios, mandíbula y velo del paladar), dificultades en la percepción del espacio y del tiempo y dificultades en la discriminación auditiva. Es necesaria la intervención logopédica si persiste más allá de los 4 o 5 años, teniendo en cuenta que fonemas como /r/ pueden aparecer más tarde, sobre los 6 o 7 años.

#### *Errores más frecuentes*

*Sustitución:* un sonido es sustituido por otro. Se puede dar a principio, en medio o al final de una palabra. Ejemplo: cedo por cero.

*Omisión:* se omite el fonema que no se sabe decir. Ejemplo: Amora por Zamora.

*Inserción:* si la persona dislálica no sabe pronunciar un grupo consonántico introduce una vocal en medio. Ejemplo: calavo por clavo.

*Distorsión:* se trata de un fallo en la articulación de un sonido. El sonido se pronuncia de forma aproximada a la correcta pero sin llegar a serlo.

**Dislalia audiógena:** Es la alteración en la pronunciación producida por una audición defectuosa. La hipoacusia en menor o mayor grado impide la adquisición del lenguaje, dificulta el aprendizaje de conceptos escolares, trastorna la afectividad y altera el comportamiento social.

Además de las dislalias, podemos encontrarnos con **trastornos fonológicos**, que consisten en *alteraciones articulatorias* durante la expresión espontánea del niño/a, a pesar de ser capaz de producir aisladamente el fonema o fonemas implicados. De esta manera, el niño/a puede repetir ca, co, cu, que, qui, pero dice “tama” en vez de cama. En este caso las dificultades aumentan con la longitud de las palabras y una misma

palabra puede ser alterada de manera diferente cada vez. Si estas dificultades persisten más allá del periodo de adquisición del habla (alrededor de los 4 o 5 años) deben ser consideradas como patológicas.

## 2.3 CRITERIOS PREVIOS

Ante una demanda, es conveniente realizar una observación en base a los siguientes criterios:

### a. EDAD. Patrones de referencia.

Tabla 1. Adquisición de fonemas por edad.

EDAD (en años)	FONEMAS VOCÁLICOS	FONEMAS CONSONANTICOS	TRABADAS Y MIXTAS
0-1 a	a, o, e	p, m, b, n	
1-2 a	u, i	i k, g, f, j, d	
2-3 a		ch, l, ñ, ll	
3-4 a		s	m, n, s
4-5 a		r vibrante simple	Sinfones /L/
5-6 a		rr vibrante múltiple	Sinfones /R/

Nota: adaptado del documento Estimulación del Lenguaje Oral en E. Infantil del EOEP Benavente.

Se tomará como referencia el cuadro de adquisición de los fonemas (EOEP Benavente y subse de Puebla de Sanabria, 2020). Si los fonemas no adquiridos están dentro del rango de edad se facilitarán orientaciones a la familia y al centro educativo en referencia a la estimulación del lenguaje oral. Se realizará seguimiento a través del tutor del alumno.

Si la dificultad demandada supera a la edad de adquisición de los fonemas, se realizará una evaluación del lenguaje oral o evaluación psicopedagógica.

### b. DISPOSICIÓN ANATÓMICA.

Según (Grupo LEA. Logopedia Escolar en Asturias, 2020) se observará la disposición fisiológica de los órganos bucofonatorios:

- Labios: fisura, hipertonía e hipotonía labial.
- Nariz: exceso de mucosidad, malformación del tabique nasal.
- Lengua: micro/macroglosia, frenillo (rafe sublingual).
- Dientes: falta de piezas, separación, malformación.
- Arcada dentaria/Mandíbula: mordida y apertura.
- Paladar: paladar ojival y fisura palatina.
- Otros: silorrea (control de la saliva), amígdalas hipertróficas, rinofonía, encías inflamadas y sangrantes.

Si se observa alguna anomalía se remitirá al especialista correspondiente. En función de la gravedad de la anomalía o malformación detectada y teniendo en cuenta el diagnóstico médico, la valoración se hará con criterios de disglosia (ver apartado correspondiente).

**c. Historial del niño y antecedentes familiares (informes médicos, psicosociales, especializados).**

Se consultará la información de la que se disponga en el centro sobre estos aspectos: expediente del alumno, entrevista inicial del tutor y cualquier información relevante.

Tras la consideración de estos criterios previos, se determinará la realización de la evaluación psicopedagógica.

## 2.4 EVALUACIÓN

Previo al comienzo de la evaluación psicopedagógica propiamente dicha, será necesaria la “*Hoja de Derivación*” realizada por el tutor con la autorización firmada por los padres/tutores y visto bueno del director/a del centro. A continuación, se seguirá el siguiente proceso:

**a. Obtención de información personal del alumno:**

APARTADOS A CONSIDERAR	INSTRUMENTOS
Aspectos evolutivos (anamnesis incidiendo en la evolución del lenguaje, comunicación oral, imitación del lenguaje de otros.)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Expediente académico</li> <li>• Entrevista familiar.</li> <li>• Informes médicos/clínicos que aporte la familia.</li> </ul>
Historial médico incidiendo en aspectos del lenguaje.	
Antecedentes familiares.	
Patrones de comunicación en el entorno familiar.	
Obtención de información personal del alumno.	

b. Valoración de los siguientes aspectos:

	<b>RESULTADOS Y OBSERVACIONES</b>
<b>ÓRGANOS BUCOFONATORIOS</b>	
<b>PRAXIAS</b>	
<b>RESPIRACIÓN</b>	
<b>DISCRIMINACIÓN AUDITIVA</b>	
<b>INTEGRACIÓN FONÉMICA</b>	
<b>DISCR.DE SONIDOS AMBIENTALES</b>	
<b>MEMORIA SECUENCIAL AUDITIVA</b>	
<b>ARTICULACIÓN</b>	
<b>OTROS</b>	

## 2.5 PRUEBAS DE DIAGNÓSTICO DEL LENGUAJE ORAL

- A-RE-HA. Análisis del retraso del habla de E. Aguilar y M. Serra.
- ALE – Lenguaje Oral.
- BLOC - Batería de lenguaje objetiva y criterial.
- CEG-Comprensión de Estrategias Gramaticales.
- CREDAC - Prueba diagnóstica: valora el nivel de adquisición en el área de Lenguaje.
- DISCRIMINACIÓN AUDITIVA Y LOGOPEDIA de Inés Bustos.
- EDAF - Evaluación de la discriminación Auditiva y Fonológica.
- **ELA-ALBOR - Examen logopédico de articulación.**
- **ELCE – Prueba de lenguaje oral.**
- **ESCALAS DE LAURA BOSCH.**
- ESCALA LEITER REVISADA.
- ESCALAS REYNELL.
- LOGOS - Material para la rehabilitación de las AFASIAS y otras alteraciones del Lenguaje.
- **PEABODY - Test de vocabulario en imágenes.**
- **PED- Protocolo de evaluación de dislalias. Grupo LEA (Logopedia escolar de Asturias)**
- **PLON-R - Prueba de Lenguaje Oral de Navarra Revisado.**
- PRUEBA DE VALORACIÓN DE LA PERCEPCIÓN AUDITIVA.
- **RFI - Registro Fonológico Inducido de Marc Monfort.**
- TEST de discriminación auditiva de Wepman.

## 2.6 ORIENTACIONES Y RECURSOS

- “ERAL” ejercicios de repaso de audición y lenguaje: ejercicios de relajación, ejercicios de hábitos, ejercicios de praxias bucofonatorias, ejercicios de respiración, ejercicios de soplo, ejercicios de discriminación auditiva de sonidos, ejercicios de Discriminación Auditivo Fonética y Fonológica, ejercicios morfosintácticos, ejercicios léxico-semánticos y ejercicios pragmáticos. (Romero, Maestros de Audición y Lenguaje, 2006)
- "Estimulación del Lenguaje en contexto familiar en niños de 3 a 6 años" (EOEP Benavente y subse de Puebla de Sanabria, 2020).
- Díptico: Estimulación del Lenguaje. Curso 2013-2014. (CFIE Zamora. Seminario de formación EOE: conductas problemáticas., 2014)
- Blog PT y AL Cantabria. (Noreña, 2020)
- Blog 9 letras. (Fillat, 2010)

## 3. RETRASO SIMPLE DEL LENGUAJE

### 3.1 DEFINICIÓN

Es un retraso en la aparición de los niveles del lenguaje que afecta, sobre todo la expresión y no es explicable por un déficit intelectual, sensorial ni conductual. La comprensión del lenguaje es superior a la expresión (Hernández Ledesma Alma Alejandra & Ruvalcaba Jiménez J. Isaí, 2017).

En el retraso del lenguaje (RL), como su nombre indica, existe un retraso en la adquisición de las diferentes etapas del desarrollo cronológico del lenguaje infantil. Debe considerarse a un niño con retraso en el lenguaje cuando, lo cuantitativo y lo cualitativo de su uso verbal, se halla por debajo de la cifra media de los otros niños de su edad, es decir, cuando un niño continúa dependiendo de gestos para comunicarse, cuando ya debiera estar utilizando signos convencionales verbales, cuando al usar las palabras lo hace de una manera tan deformada en su articulación que su lenguaje es ininteligible, y cuando sólo utiliza determinados elementos gramaticales en el aspecto pragmático, demorándose en la adquisición de otros nuevos elementos lingüísticos. No debemos considerar los retrasos del lenguaje como un retraso menor de recuperación espontánea, pues suponen una situación de riesgo en los aspectos socioemocionales y académicos. Además, aún no hay suficientes estudios sobre la persistencia de las dificultades lingüísticas consideradas de carácter más leve (Equipo Técnico Provincial de Orientación Educativa de Almería., 2018).

Akros (2016) refiere que existen **señales de alerta** que pueden ayudarnos a detectar la presencia de un problema en el lenguaje:

- La **ausencia de balbuceo** a los **12 meses**.
- La **ausencia** del uso de **palabras sencillas** a los **18 meses**.
- La **ausencia** de **frases de dos palabras** (no ecológicas) a los **24 meses**.
- La **pérdida del lenguaje** a cualquier edad.

### 3. 2 INDICADORES

#### 3.2.1 A NIVEL FONOLÓGICO

- **Habla infantilizada**, con omisión de consonantes iniciales y sílabas iniciales.
- Omisión de consonantes inversas.
- Omisión de semiconsonantes en diptongos (“hierba”-”yerba”, “bueno”-”bweno”)
- Repetición de primeras y últimas sílabas (reduplicaciones).
- Sustitución de /s/ por /t/.

#### 3.2.2 A NIVEL MORFOSINTÁCTICO

- **Habla telegráfica** (ejemplo: “mamá trabajo”).
- Mala construcción de las oraciones.

- Dificultades en la utilización de artículos, pronombres, plurales y alteración en la conjugación de los tiempos verbales.
- Número reducido de términos en la frase.
- La **mayoría de las frases son coordinadas** con la partícula «y». No producen subordinadas.

### 3.2.3 A NIVEL SEMÁNTICO

- **Vocabulario reducido** (conocimiento y uso de palabras).
- Problemas en la adquisición de conceptos abstractos (colores, formas y espacio-temporales).

### 3.2.4 A NIVEL PRAGMÁTICO

- Alteración de la intencionalidad comunicativa.
- **Mayor uso del lenguaje no verbal** durante su discurso. Suele acompañar el habla de numerosos signos, gestos, expresiones o señalamientos.
- Los principales usos del lenguaje son para denominar, regular la conducta y conseguir objetos.
- Presentan **dificultad** para **mantener conversaciones** de ida y vuelta, si no son dirigidas.
- En general, tienen dificultades para describir relatos, experiencias o acontecimientos de forma espontánea.
- **Apenas utiliza** la función simbólica del lenguaje (Akros, 2016).

## 3.3 EVALUACIÓN

Previo al comienzo de la evaluación psicopedagógica propiamente dicha, será necesaria la “Hoja de Derivación” realizada por el tutor con la autorización firmada por los padres/tutores y visto bueno del director/a del centro. A continuación, se seguirá el siguiente proceso:

#### a. Obtención de información personal del alumno:

APARTADOS A CONSIDERAR	INSTRUMENTOS
Aspectos evolutivos (anamnesis incidiendo en la evolución del lenguaje, comunicación oral, imitación del lenguaje de otros.)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Expediente académico</li> <li>• Entrevista familiar.</li> <li>• Informes médicos/clínicos que aporte la familia.</li> </ul>
Historial médico incidiendo en aspectos del lenguaje.	
Antecedentes familiares.	
Patrones de comunicación en el entorno familiar.	
Obtención de información personal del alumno.	

--	--

**b. Valoración de los siguientes aspectos:**

	<b>RESULTADOS Y OBSERVACIONES</b>
Nivel Fonético-Fonológico (articulación de sonidos)	
Nivel Morfosintáctico (construcción y tipos de frases)	
Nivel Semántico (conocimiento y uso del vocabulario)	
Nivel Pragmático	

### 3.4 PRUEBAS Y DIAGNÓSTICO

- Escala Inteligencia Wechler para niños (WIIPSI), (WISC IV), (WISC V)
- Escalas McCarthy de aptitudes y psicomotricidad para niños. (MSCA)
- **Registro Fonológico Inducido (RFI. Marc Monfort)**
- **Prueba de Lenguaje Oral de Navarra (PLON-R)**
- Registro de desarrollo fonológico infantil. Laura Bosch.
- Tes Illinois de Aptitudes Psicolingüísticas (ITPA)
- Test de Vocabulario en imágenes (PEABODY)
- NEPSY-II, Evaluación Neuropsicológica Infantil (Parte verbal)
- CUMANIN. Cuestionario de Madurez Neuropsicológica Infantil (Parte verbal)
- EDAF - Evaluación de la discriminación Auditiva y Fonológica.
- **ELA-ALBOR - Examen logopédico de articulación.**
- **ELCE – Prueba de lenguaje oral.**
- **ESCALAS DE LAURA BOSCH.**
- ESCALA LEITER REVISADA.
- ESCALAS REYNELL.
- **PEABODY - Test de vocabulario en imágenes.**
- **PED- Protocolo de evaluación de dislalias. Grupo LEA (Logopedia escolar de Asturias)**
- **PLON-R - Prueba de Lenguaje Oral de Navarra Revisado.**
- PRUEBA DE VALORACIÓN DE LA PERCEPCIÓN AUDITIVA.
- TEST de discriminación auditiva de Wepman.
- Test BOHEM de conceptos básicos.
- AEI-R. Aptitudes en Educación Infantil - Revisado



## 3.5 ORIENTACIONES Y RECURSOS

### 3.5.1 ACTIVIDADES PARA NIÑOS CON RETRASO SIMPLE DEL LENGUAJE.

Según el nivel del lenguaje que trabajemos existen numerosas actividades desarrolladas para mejorar cada una de las funciones del lenguaje. Algunas de ellas son las siguientes:

#### *Nivel fonológico:*

- Reconocemos sonidos con el propio cuerpo.
- Duración de sonidos.
- Discriminación de intensidad y tono, cualidades sonoras.
- Reconocemos el sonido de algunos instrumentos musicales.
- Reconocimiento de **onomatopeyas**.
- Discriminación fonológica: logotemas/ pseudopalabras.
- Discriminación de oposiciones fonológicas.
- Juegos de **identificar fonemas escritos**.
- Reproducir onomatopeyas escritas.
- Introducir todos los fonemas en canciones infantiles.
- Asociar fonemas a movimientos.
- Actividades para **mejorar el aparato buco-fonatorio**: soplar bolitas de papel, hacer bailar una vela, hinchar globos, juegos con la lengua, etc.
- Identificar el número de sílabas de una palabra.
- Identificar la duración de los sonidos (largos o cortos).
- Identificar la primera sílaba de la palabra.
- **Completar palabras**.
- Asociar sílabas a sonidos. Cada sílaba de la palabra se representa con un golpe en la mesa.

#### *Nivel morfosintáctico:*

- Darle **órdenes verbales** que el niño o niña deba ejecutar
- Actividades de discriminación de una situación. Enseñar dos tarjetas con un mismo elemento pero en dos actividades diferentes.
- **Contar lo que ve** en una lámina.
- Crear historias, bien a partir de elementos crear una historia o colocar diferentes láminas en orden para que representen una historia coherente.

#### *Nivel semántico:*

- **Aprender palabras nuevas**. Añadir vocabulario a través de mostrar láminas con conceptos desconocidos u objetos del medio.
- Trabajar con las **familias semánticas**, partiendo de un concepto global o de un elemento indicar la categoría o grupo al que pertenece.
- Asociaciones gramaticales: agrupar en verbos, adjetivos, pronombres, etc.
- **Identificar por definiciones**. Adivinar el concepto a través de una cualidad que la defina.
- Los *juegos de asociación* están altamente indicados para trabajar el aspecto semántico del lenguaje.

### **Nivel pragmático:**

- Actividades de **rol-play** en las que se modelen determinados aspectos pragmáticos del lenguaje como el saludo, responder a las preguntas que se planteen, participar en una conversación, etc.
- **Expresión emocional** a través del lenguaje. Existen *juegos de inteligencia emocional* idóneos para esta tarea.
- Expresar opiniones, contar experiencias propias, solicitar información al otro.
- Usos simbólicos del lenguaje.

### 3.5.2 ¿CÓMO PODEMOS AYUDAR EN CASA A NIÑOS CON RETRASO SIMPLE DEL LENGUAJE?

**Incentivar que pida** lo que quiera o desea a través del **lenguaje oral**. Cuando lo haga mediante gestos y señalamientos no dárselo y pedirle que lo nombre, aunque no lo diga de forma correcta. Cuidado con convertir esta situación en una lucha de poder entre ambos, para evitarlo si tras dos intentos no lo hace decirle nosotros cómo se dice ( *¡Ah!, Quieres las pinturas* ”).

**Crear oportunidades de petición en el hogar**. Dejar juguetes u objetos que use habitualmente a la vista, pero en un lugar al que no pueda acceder (p. e. en la parte de arriba de la estantería). También podemos introducir en botes de cristal alimentos que le gusten, pinturas, miniaturas, etc. De esta forma deberá pedirnoslo para satisfacer sus deseos.

**Leer juntos cuentos de forma interactiva**. Así, estaremos fomentando el vínculo afectivo con nuestro hijo/a y al mismo tiempo crearemos una situación comunicativa. Hemos de hacerle partícipe del cuento a través de preguntas del tipo: *¿Qué es eso?*, *¿Quién es?*, *¿Qué está haciendo?*

Si pronuncia mal alguna palabra **no corregirle** de forma explícita, es mejor decir la palabra inserta en una frase (si nos dice “Quiero *cocholate*” contestarle “Ahora mismo te doy una onza de chocolate”). Tampoco es bueno imitarle porque nos haya resultado gracioso, ya que esto reforzará que siga diciéndolo mal.

**Hable mucho con su hijo**, cuénteles qué ha hecho en el día, qué van hacer el fin de semana, pregúnteles qué tal ha pasado el día, etc. Enseñarles palabras de forma natural en la hora del baño, durante la comida, en el parque, de viaje. Diciéndoles qué es, cómo se llama, para qué sirve, etc.

**Fomentar la autonomía del niño**. Es bueno animarle a que sea capaz de comer solo, vestirse, asearse, etc. Así aumentaremos su sentimiento de autoeficacia y autoestima dándole seguridad, lo que hará que puede fomentar la expresión oral de forma indirecta.

**Estimular a través del juego**. Es útil poder estimular el lenguaje en el hogar desde un enfoque lúdico, para que al niño le sea más fácil motivarse, existen *juegos del lenguaje* que son muy útiles para ser utilizados en casa y seguir reforzando lo que se trabaja en terapia.

## 4. MUTISMO SELECTIVO

### 4.1 DEFINICIÓN

Según el DSM-V este trastorno se incluye dentro de los Trastornos de Ansiedad, definido como: Incapacidad persistente de hablar o responder a otros en una situación social específica en que se espera que debe hacerse, a pesar de hacerlo sin problemas en otras situaciones (prototípicamente en casa y en presencia de familiares inmediatos). Duración mínima de 1 mes (no aplicable al primer mes en que se va a escuela).

### 4.2 INDICADORES

Según el DSM-V:

- Fracaso constante de hablar en situaciones sociales específicas en las que existe expectativa por hablar (p. ej., en la escuela) a pesar de hacerlo en otras situaciones.
- La alteración interfiere en los logros educativos o laborales o en la comunicación social.
- La duración de la alteración es como mínimo de un mes (no limitada al primer mes de escuela).
- El fracaso de hablar no se puede atribuir a la falta de conocimiento o a la comodidad con el lenguaje hablado necesario en la situación social.
- La alteración no se explica mejor por un trastorno de la comunicación (p. ej., trastorno de fluidez [tartamudeo] de inicio en la infancia) y no se produce exclusivamente durante el curso de un trastorno del espectro del autismo, la esquizofrenia u otro trastorno psicótico (American Psychiatric Association, 2013).

Otros indicadores:

- No debe haber una enfermedad orgánica y médica que justifique la falta de comunicación oral. Hay que asegurarse que el niño no tiene un problema de audición o su mutismo sea debido a un trauma psicológico o daño cerebral adquirido.
- No hay intencionalidad por parte de la persona en la falta de comunicación oral, sino que hay una incapacidad.
- El fracaso para hablar no se puede atribuir a la falta de conocimientos o a la incomodidad con el lenguaje hablado necesario en la situación social.

Aunque el término selectivo puede hacer parecer que la falta de habla es intencional, en un gran número de casos no lo es. De hecho, es frecuente que el menor en realidad quiera expresarse a pesar de ser incapaz de ello, y en ocasiones recurre a estrategias como el uso de gestos. A pesar de esto en algunos casos sí que se da de manera intencional, como intento de mostrar oposición a una situación o persona (Mimenza, 2020).

### 4.3 EVALUACIÓN

Previo al comienzo de la evaluación psicopedagógica propiamente dicha, será necesaria la “Hoja de Derivación” realizada por el tutor con la autorización firmada por los padres/tutores y visto bueno del director/a del centro. A continuación, se seguirá el siguiente proceso:

**a. Obtención de información personal del alumno:**

APARTADOS A CONSIDERAR	INSTRUMENTOS
Aspectos evolutivos (anamnesis incidiendo en la evolución del lenguaje, comunicación oral, imitación del lenguaje de otros.)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Expediente académico</li> <li>• Entrevista familiar.</li> <li>• Informes médicos/clínicos que aporte la familia.</li> </ul>
Historial médico incidiendo en aspectos del lenguaje.	
Antecedentes familiares.	
Patrones de comunicación en el entorno familiar.	
Obtención de información personal del alumno.	

Para facilitar la evaluación en el ANEXO II se desarrolla el cuestionario de detección precoz del mutismo selectivo (CREENA Centro de Recursos de Educación Especial de Navarra., 2009).

**b. Valoración de los siguientes aspectos:**

	RESULTADOS Y OBSERVACIONES
Expresión verbal (cómo interacciona verbalmente con los demás: profesorado, alumnado, familia, otros).	
Comunicación (comprensión de órdenes, uso de lenguaje no verbal, atención e interacción).	
Aprendizaje (realiza actividades que no implican uso de lenguaje oral).	
Otras conductas (indicadores de ansiedad verbales y no verbales, evitación de situaciones y tareas).	

Si tras esta valoración y la intervención posterior, no se observan avances significativos, conviene plantear la derivación a Servicios Sanitarios especializados.

## 4.4 PRUEBAS Y DIAGNÓSTICO

### 4.4.1 ASPECTOS PRÁCTICOS EN LA EVALUACIÓN Y EL TRATAMIENTO

#### *4.4.1.1. Aspectos prácticos en la evaluación*

La mayoría de los niños con MS colaboran en las situaciones estructuradas de evaluación si quieren hacerlo y están bien preparados

- Los padres pueden sumarse a la evaluación y tratamiento, y pueden ayudar con la presentación de los elementos de la evaluación si el niño lo desea
- Antes de comenzar la evaluación, explicarle al niño que no es necesario que hable al examinador
- Mostrar el material de evaluación, y explicar los formatos alternativos de respuesta que pueden utilizar, como apuntar, asentir, o responder por escrito (en niños mayores)
- El niño debe sentarse al lado del profesional, no de frente, como es usual en las evaluaciones, para evitar el contacto visual directo que muchas veces pone incómodos a estos niños. De esta forma, el niño y el profesional se concentran en el material de evaluación que está frente a ellos
- En los niños con MS, es preferible utilizar pruebas de vocabulario receptivo que no miden el tiempo, ya que estos pueden demorar más en responder debido a su temor de cometer errores
- Una prueba útil es el Test de Vocabulario en Imágenes de Peabody, o Test Illinois de Aptitudes Psicolingüísticas (ITPA), donde el profesional dice una palabra y el niño apunta la imagen que corresponde a esa palabra en un conjunto de alternativas. También pueden ser utilizadas otras pruebas no verbales, dirigidas a proveer una estimación rápida de la habilidad verbal, las aptitudes académicas y la inteligencia.
- Para evaluar potenciales problemas de articulación y el lenguaje pragmático del niño, se anima los padres a grabar al niño hablando en situaciones cotidianas en casa, por medio de una grabadora digital (p.ej., jugando, hablando a un hermano o a los padres)
- Crear atención conjunta utilizando una actividad lúdica, más que centrándose en el niño
- “Pensar en voz alta” cuando se habla (p.ej., “¿Me pregunto si esto cabe aquí?”), más que preguntar directamente al niño
- Elegir temas de conversación que estén relacionados con una actividad agradable que hacen juntos el niño y el examinador, u otros temas neutros, más que hablar de los sentimientos del niño o de sus cosas personales

- Períodos de silencio son inevitables cuando se trabaja con estos niños. Algunas personas encuentran estos silencios incómodos, y tienden a llenarlos hablando. Tratar de estar relajado y asegurarse de dar tiempo suficiente al niño para responder, más que conversar o hablar por el niño todo el tiempo
- Después de un tiempo prudente, continuar de forma calma el “diálogo”, aun cuando el niño no responda verbalmente. De esta forma se aliviará la presión a hablar, aumentará su comodidad, y el “diálogo” avanzará
- Recibir las eventuales respuestas verbales de manera neutra, sin demasiada emoción. Reconocer tranquilamente lo que el niño dijo y continuar con lo que estaban haciendo juntos (Beate Oerbeck, Katharina Manassis, Kristin Romvig Overgaard, 2016).

#### **4.4.1.2. Cuestionarios**

- Escala Revisada de Ansiedad y Depresión Infantil (RCADS)
- Cuestionario de ansiedad estado-rasgo (STAIC)
- Inventario de depresión infantil (CDI)
- Sistema de Evaluación de la conducta en niños y adolescentes (BASC)
- Test Autoevaluativo Multifactorial de Adaptación Infantil (TAMAI)

#### **4.4.1.3. Pruebas y escalas de lenguaje**

- Test de Vocabulario en imágenes (PEABODY)
- Test Illinois de aptitudes psicolingüísticas (ITPA)
- **PLON-R - Prueba de Lenguaje Oral de Navarra Revisado.**

## **4.5 ORIENTACIONES Y RECURSOS**

### **4.5.1 PAUTAS PARA MEJORAR LAS COND. PERSONALES Y SOCIALES**

Según CREENA (2009) considera importante intensificar el vínculo afectivo positivo con el niño. Con este fin se pueden realizar diversas estrategias: destinar momentos concretos a lo largo del día (2 ó 3) para estar con él e interesarse por sus “cosas”; establecer contacto físico cariñoso frecuente con él, utilizar el elogio privado y público por las tareas bien realizadas, contar con él en las situaciones que se produzcan en el aula, hacerle consciente de la atención del profesor con sonrisas y guiños, realizar juegos en el aula y hacer pareja de juego con él...

Favorecer las interacciones entre los niños y entre éstos y los adultos en el centro. Para ello se diseñarán actividades en parejas y pequeño grupo. Se pueden realizar actividades de trabajo escolar tales como realizar murales, hacer construcciones, juegos de ordenador que exijan dos participantes...; y actividades de juego libre y juego dirigido (juego social, juego cooperativo...). La elección de los grupos será realizada siempre por el profesor, igualmente programará las ayudas que el niño necesita y estará muy pendiente del desarrollo de las actividades.

Evitar actuaciones, tanto de los compañeros como de los profesores, que puedan mantener el comportamiento de mutismo, tales como dar por válidas respuestas gestuales del niño, darle la posibilidad o sugerirle que responda de otras formas distintas a la verbal, permitir que otros niños pidan algo o respondan por él, realizar comentarios que justifiquen o expliquen el comportamiento del niño (“No habla porque...”...).

Evitar la sobreprotección. Ante situaciones sociales en las que es visible la incomodidad del niño, y en las que se manifiesta la tendencia del adulto a sobreprotegerlo, conviene resolver la situación actuando de manera general, sobre todo el grupo, y no centrándola en el niño. No conviene justificarlo ante los demás, ni expresarle comprensión, ni insistirle en que responda verbalmente... Tampoco se le harán las tareas que el niño puede hacer por sí solo.

Asignar pequeñas tareas de responsabilidad dentro del aula y del centro educativo ajustadas a la edad (hacer recados, repartir/recoger material, borrar la pizarra, pedir fotocopias al conserje...)

Aumentar el control del adulto, sobre las interacciones entre los iguales, con el fin de evitar el aislamiento del alumno y, sobre la existencia de tiempos de trabajo en los que la actividad escolar depende de su propia iniciativa.

Evitar que el alumno pase desapercibido en las actividades que impliquen la participación de todos (responder a preguntas, cantar, representar con mímica...), respetando escrupulosamente su turno y asignándole un tiempo de participación.

Incrementar dentro de la programación de aula las actividades que impliquen movimiento corporal y contacto físico entre los niños (hacerse cosquillas, formar “montones”, darse abrazos...).

Introducir o incrementar en la programación de aula actividades de relajación para realizar en grupo (salir a borrar la pizarra, repartir materiales, llevar algo a otro profesor, recoger fotocopias en conserjería, acompañar a un niño...).

Reforzar con frecuencia los comportamientos y actuaciones que el niño realiza bien (trabajos escolares, atención a las explicaciones, disposición al trabajo, ayuda a compañeros...).

Crear un clima de seguridad, aceptación y confianza en el aula favorable a la comunicación verbal.

Programar tiempos de coordinación de todo el profesorado que interviene en la atención educativa del grupo al que pertenece el alumno, para dar coherencia y consistencia a la intervención educativa. Es fundamental que todo el profesorado que tiene relación con el aula y con el niño, junto con la orientadora, comprenda los objetivos y estrategias a llevar a cabo, diseñe y planifique las actividades a realizar en sus sesiones y ponga en común los resultados y dificultades encontradas. La coherencia y consistencia de las intervenciones de todos contribuirá positivamente a que tenga resultados positivos.

Se les dará instrucciones a los padres para que hagan “vida social” dentro del entorno escolar. Siempre que sea posible, les llevarán a la escuela, les recogerán, y permanecerán en el patio escolar fuera del horario fomentando el juego del niño con sus compañeros. Los padres deberán establecer interacciones sociales con otros adultos ofreciendo al niño modelos adecuados de relación interpersonal.

Mantener estrecha relación con la familia para el trasvase de información y el ajuste de las pautas y estrategias a implantar en el ámbito familiar.

#### 4.5.2 PAUTAS ESPECÍFICAS PARA LA ESTIMULACIÓN DEL HABLA

Considerando la Guía de Detección Precoz del Mutismo Selectivo CREENA (2009) es necesario seguir ciertas orientaciones como:

- Diseñar y planificar actividades y juegos de producción de sonidos y comunicación corporal:
- Juegos de movimiento corporal (imitación de gestos, adivinar objetos o acciones mediante mímica, dirigir a un compañero con los ojos vendados...). - Juegos de producción de sonidos corporales (palmadas, soplidos, golpes con pies, silbidos, chasquidos...). - Juegos con sonidos inarticulados y articulados (encadenamiento de sonidos, gradación de sonido, asociación de sonidos a movimientos...).
- En relación con el desarrollo de estos juegos, es conveniente tener en cuenta lo siguiente:
  - a. El profesor determinará la composición de los grupos de juegos. Estos grupos serán inicialmente muy reducidos, parejas o tríos, y se irán ampliando progresivamente.
  - b. El profesor ayudará al alumno a integrarse y en el grupo de juego y a participar en él, evitando su tendencia al aislamiento y la falta de iniciativa.
- Realizar actividades y juegos de habla enmascarada, en las que al niño/a no se le ve la cara mientras habla (títeres, marionetas, hablar por teléfono dentro de una casita, máscaras, juegos de hablar al oído...).
- Planificar las actividades en las que se requiere al alumno/a una emisión fonética o verbal, teniendo en cuenta tres ejes fundamentales, que deberán graduarse siempre de menos a más:

<b>Personas implicadas en la situación comunicativa</b>	<b>Longitud de emisión requerida</b>	<b>Intensidad de la emisión verbal</b>
- Alumno y profesor - Alumno, profesor y un compañero - Parejas o tríos - Pequeño grupo con el profesor - Grupo clase	- Emitir sonidos con el cuerpo - Emitir sonidos articulados - Responder con monosílabos (sí, no, otros) - Responder con una palabra - Responder con frases cortas	- Vocalización sin sonido - Vocalización con sonidos apenas audible - Vocalización con sonidos audible pero bajo - Volumen ajustado a la situación.



A pesar de la interrelación de los tres ejes, el progreso del niño no tiene porqué ser paralelo en todos ellos. Esto exige una continua adaptación de las actividades en torno a los ejes (personas, longitud e intensidad de voz) en función del avance conseguido en cada uno de ellos.

- Planificar y diseñar momentos diarios y frecuentes en los que el profesor/a haga una pregunta sencilla al alumno (inicialmente con respuesta de una sola palabra, progresivamente con respuestas de mayor longitud).
- Plantear juegos de pareja que requieran emisiones verbales sencillas en cuanto a contenido y breves en cuanto a longitud (lotos, memories, el mensaje secreto, adivinar oficios,...)
- Organizar en torno a los rincones del aula pequeños grupos de trabajo y/o de juego en los que se le facilite al niño el intercambio verbal con compañeros. Es importante que los agrupamientos sean establecidos previamente por el profesor cuidando especialmente la composición de los grupos (inicialmente con los niños con los que tiene una mayor relación).
- Reforzar la respuesta verbal del niño. Las consecuencias naturales asociadas a la emisión verbal tales como, conseguir los materiales necesarios para realizar un trabajo, realizar el trabajo que más le gusta, jugar con un juego elegido por él... son suficientemente reforzadores. Cuando la situación lo requiera, se puede elogiar públicamente su emisión de manera discreta.
- Utilizar, según casos, técnicas como el desvanecimiento estimular. Esta técnica consiste en diseñar situaciones en las que estén presentes personas con las que el niño habla habitualmente y personas con las que no lo hace, hasta conseguir que hable con todas ellas (por ejemplo, padres y profesor en el aula). Cuando esto ocurre, se van retirando progresivamente los primeros. Este desvanecimiento debe realizarse muy progresivamente.
- La gran tendencia a la acomodación del niño (y de los adultos del entorno escolar y familiar) en el nivel de emisión verbal alcanzado por éste, sugiere la necesidad de ir aumentando la exigencia de emisión verbal y las situaciones de intercambio comunicativo.
- En general, cuando se tenga que realizar la planificación y diseño de actividades, habrá que partir siempre de lo que el niño es capaz de hacer en cada momento, planificando y llevando a cabo, siempre de forma progresiva, actividades de mayor complejidad.
- Por último, no conviene mantener la aplicación de una estrategia durante más de dos semanas, si ésta no ha producido progresos en el niño. Cuando esto ocurra, diseñaremos y probaremos con otro tipo de estrategias.

## 5. DISFONÍA

### 5.1 DEFINICIÓN

**La disfonía** es la alteración de algunas de las cualidades acústicas de la voz (intensidad, tono, timbre y duración) como consecuencia de un trastorno orgánico o por un uso inadecuado de la voz (funcional), pudiendo ser permanente o transitorio. Por lo tanto, la afonía sería la pérdida total de la voz.

**La etiología** de las alteraciones de la voz puede ser orgánica, fisiológica, psicológica y ambiental, existiendo unos factores que determinan la aparición de dichas alteraciones o que las mantienen, e incluso, las agravan, tales como las enfermedades del aparato respiratorio (laringitis, bronquitis crónicas, asma, vegetaciones...), malformaciones laríngeas, intervenciones quirúrgicas, traumatismo laríngeo, uso respiratorio y vocal inadecuado, características comportamentales, el ambiente familiar y social y las alteraciones de la audición, entre otros.

### 5.2 TIPOS DE DISFONÍAS

Las disfonías se pueden clasificar en función de tres criterios:

#### 1. Cuantitativo

- **Afonía:** pérdida total de la voz.
- **Disfonía:** alteración de la voz en cualquiera de sus cualidades.

#### 2. Localización

- **Laringofonías:** son disfonías localizadas en la laringe y que ocasionan una mala impostación (tono inadecuado), ronquera vocal (voz muy fuerte, sin timbre y demasiado grave), una laringitis funcional (procesos inflamatorios por un abuso prolongado de la voz gritada) y fonostenia o cansancio vocal (voz débil, poco profunda y sin timbre).
- **Rinofonías:** son alteraciones de la resonancia o nasalización de la fonación. Pueden ser: Rinofonías abiertas: el aire se escapa por la nariz durante la fonación. Rinofonías cerradas: una obstrucción nasal que impide el paso del aire por las fosas nasales.

### 5.3 INDICADORES

**Disfonías orgánicas:** producidas por lesiones en los órganos de la fonación debidas a causas *congénitas* (lesiones cerebrales, malformaciones, parálisis, factores endocrinos...) *inflamatorias* (laringitis aguda y crónica) y traumáticas (lesiones por heridas, quemaduras, radioterapias, intervenciones quirúrgicas...).

**Disfonías funcionales:** producidas por una alteración de la actitud vocal que puede complicarse con lesiones orgánicas de la laringe provocadas por el esfuerzo vocal (nódulos) o por alteraciones orgánicas transitorias (laringitis). Son factores desencadenantes la laringitis aguda, los traumatismos y las alergias, los factores psicológicos, las enfermedades sistémicas, etc. Son factores favorecedores la obligación

de hablar o cantar, las características psicológicas personales, el consumo de tabaco y alcohol, afecciones crónicas otorrinolaringológicas, un mal control audiofonatorio, una técnica vocal defectuosa, exposición a ruidos excesivos, polvo, vapores irritantes, etc (Logopedia Sanchinarro Madrid, 2020).

## 5.4 EVALUACIÓN

Determinar cómo y en qué grado es patológica una voz no siempre es fácil, ya que son múltiples los factores que influyen directamente en dicha estimación (circunstancias afectivas y emocionales, factores culturales, edad, sexo, exigencias profesionales, autovaloración de la propia voz...).

Así pues, para diagnosticar con precisión la patología vocal es preciso realizar un estudio exhaustivo y minucioso en el que se incluya, además de los datos relativos a los antecedentes familiares y personales, así como a la historia de la enfermedad, una exploración orgánica de la faringe, laringe y cavidades de resonancia, una exploración funcional de la actitud postural, coordinación fono- respiratoria, débito vocal y tiempo máximo de fonación y espiración, una exploración funcional laríngea mediante laringostroboscopia o fibroscopia y un análisis acústico de la voz de la frecuencia fundamental, extensión tonal, intensidad y fonetograma.

## 5.5 PRUEBAS Y DIAGNÓSTICO

Recoger demanda del tutor/ familia.

- Entrevista con la familia, que aportará o se le solicitará informe médico.
- Realización de evaluación psicopedagógica e informe psicopedagógico si fuera necesario:
  - Registro Fonológico Inducido de Marc Monfort.
  - Observación de lenguaje espontáneo y dirigido.
- Adecuación de la respuesta educativa a las necesidades del alumno/a y seguimiento.

### 5.5.1 TRATAMIENTO

En general, las disfonías orgánicas tienen tratamiento quirúrgico y, posteriormente, rehabilitador, mientras que las funcionales tienen una intervención logopédica aunque, según los casos, precisen un acto quirúrgico o medicación.

**La intervención logopédica** de las alteraciones de la voz va dirigida a restablecer la postura adecuada y la mecánica respiratoria correcta, reducir la tensión muscular y eliminar los esfuerzos laríngeos, así como adaptar las cavidades de resonancia al sonido emitido por la laringe (Fernández, 2020).

Al inicio de la reeducación vocal se ha de proporcionar, según los casos, una información detallada al alumno y la familia sobre una correcta higiene vocal orientada a disminuir las agresiones vocales y a ejercitar una prevención activa, aconsejando reducir hábitos tóxicos y factores predisponentes (ambientes secos, fríos o muy

calientes, cambios bruscos de temperatura ambiental...), no hacer un uso prolongado de la voz, tratar adecuadamente las alteraciones e infecciones de las vías aéreas superiores, mantener un ritmo de vida lo más sano posible, emplear la voz a un volumen moderado, etc.

La reeducación vocal consiste en restablecer una adecuada actitud postural para conseguir la mejor voz con el menor esfuerzo posible, ejercicios de relajación para reducir la tensión muscular, ejercicios respiratorios dirigidos a alargar la fonación, regular el aire espirado, aumentar o disminuir el volumen de la voz y conseguir una correcta respiración, así como restablecer las cualidades del sonido que se encuentren alteradas (intensidad, duración, tono y timbre).

## 5.6 ORIENTACIÓN Y RECURSOS

A continuación, se ofrecen algunas actuaciones que se pueden poner en marcha de manera fácil, dentro de la rutina diaria, y que ayudarán a sustituir los malos hábitos por otras prácticas de cuidado e higiene vocal (Robles, 2016).

- Procurar que tengan un descanso de calidad, durmiendo aproximadamente unas 10 horas.
- Mantener una respiración nasal, en lugar de bucal, de tipo diafragmática.
- Hacer que beban agua con asiduidad, mediante cortos pero frecuentes sorbos.
- Si no tienen un fin productivo, evitar la tos y el carraspeo innecesarios.
- Mantener una buena higiene nasal, dental y también de los oídos.
- Vigilar que no abusen de hacer imitaciones o “voces”, con las que fuerzan su voz.
- Atender cuanto antes infecciones respiratorias o alérgicas.
- Dedicar un tiempo diario de reposo vocal, en completo silencio.
- Evitar gritar pero, también, la voz monótona como la del cuchicheo.
- Al hablar, elaborar frases cortas que permitan hacer pausas en las que poder respirar y no agotar el aire.
- Limitar la ingesta de comidas y bebidas demasiado frías o calientes.
- Vocalizar adecuadamente, evitando hablar con la boca ocupada (por ejemplo, chicles).
- No hablar a larga distancia (muy común en el patio); acercarse para ser oído.
- No usar la voz en estados de agotamiento físico.
- No hablar mientras se realiza un ejercicio físico y esperar a que la respiración se haya calmado (como sucede, por ejemplo, en las clases de Educación Física).

## 6. DISFEMIA

### 6.1 DEFINICIÓN

El DSM- V clasifica la Disfemia como un trastorno del neurodesarrollo junto con otros trastornos del lenguaje. Eso quiere decir que se manifiesta de manera precoz, antes de comenzar la escuela primaria.

La diferencia frente al DSM-IV TR está en la manera general de clasificar los trastornos, de manera que ese manual no hablaba de trastorno del neurodesarrollo, sino que lo encuadraba en el bloque de trastornos de inicio en la infancia, la niñez y adolescencia. Se trata de un trastorno en el que no existen problemas en la capacidad de habla ni en la competencia del sujeto con ella sino en su puesta en marcha. Este problema no es debido enfermedades, problemas neurológicos ni déficits sensoriales o intelectuales.

El DSM-V, incide más en el origen neurobiológico de los trastornos del lenguaje. Al igual que ocurría en el DSM-IV TR, la disfemia se refiere a las alteraciones en la fluidez y en la organización temporal normales del habla. Estas alteraciones son inadecuadas a la edad del individuo y habilidades de lenguaje.

#### 6.1.1 ORIGEN

Las causas de la tartamudez o trastorno de la fluidez han sido exploradas y discutidas a menudo, siendo hoy en día la opinión mayoritaria que la etiología de este trastorno de la comunicación se encuentra en factores tanto biológicos como ambientales. Se ha observado que existen factores psicológicos de gran relevancia para su aparición y mantenimiento, pero también se han especulado y analizado la presencia de alteraciones en el funcionamiento cerebral.

En lo que se refiere a aspectos biológicos y constitucionales se ha vinculado la tartamudez al resultado de la competición de la actividad entre los hemisferios cerebrales durante el desarrollo. Muchas personas con tartamudez presentan una dominancia del hemisferio derecho en lo que respecta al lenguaje, además de que se ha comprobado que presentan un leve lapso entre el tiempo que tardan en decidir a hablar y la respuesta motora que lo permite. También existen anomalías en el fascículo arqueado, una región cerebral vinculada al lenguaje.

Por otro lado, a un nivel más psicológico y ambiental, se puede observar la presencia de un condicionamiento en estos niños y adultos, debido a las repercusiones en forma de burlas o recriminaciones ante sus dificultades. Esto provoca la presencia de un nivel elevado de ansiedad y frustración si no es capaz de corregirlo, lo que a la vez generará una menor fluidez y una acentuación de las dificultades. Si bien no se considera la causa del problema, sí puede mantener y cronificar el problema.

## 6.2 TIPOS

La tartamudez o disfemia es un problema que puede presentarse en distintas formas, en función del tipo de alteración de la fluidez que se produzca. Concretamente, se suelen identificar tres subtipos de tartamudez.

### 1. Disfemia tónica

Se trata de un subtipo de tartamudez en la que el problema es la existencia de un bloqueo al comenzar el discurso, sufriendo un espasmo al iniciar la conversación que tras un esfuerzo intenso permite la expresión.

### 2. Disfemia clónica

Este subtipo de tartamudez se caracteriza por la presencia de leves contracciones musculares que provocan la repetición de sonidos o sílabas enteras durante el discurso.

### 3. Disfemia mixta

Se trata de una combinación de las dos anteriores, apareciendo dificultades iniciales a la hora de comenzar el discurso y repeticiones derivadas de contracciones musculares involuntarias.

## 6.3 INDICADORES

- A. Alteraciones en la fluidez y en el patrón del habla que es inapropiada para la edad del individuo y para las habilidades del lenguaje, que persisten a través del tiempo, y son caracterizadas por una marcada y frecuente aparición de uno (o más) de las siguientes manifestaciones:
  - 1. Repetición de sonidos y sílabas
  - 2. Prolongación de sonidos de consonantes o vocales
  - 3. Palabras fragmentadas (por ejemplo pausas dentro de una palabra)
  - 4. Bloqueos audibles o silenciosos (pausas en el habla)
  - 5. Circunloquios (sustituciones de palabras para evitar palabras problemáticas)
  - 6. Palabras producidas con un exceso de tensión física
  - 7. Repeticiones de palabras monosílabas (por ejemplo “yo-yo-yo le veo”)
- B. Las alteraciones causan ansiedad al hablar o limitaciones en la comunicación efectiva que interfieren de forma aislada o de forma combinada a la participación social, al rendimiento académico o laboral.
- C. El inicio de los síntomas se produce en un momento temprano del desarrollo (nota: los casos de inicio tardío se diagnostican como trastorno de la fluencia de inicio en la vida adulta).
- D. Las dificultades no son atribuibles a déficits sensoriales o motores del habla, ni a una lesión neurológica (ejemplo: apoplejía, tumor, trauma) u otra condición médica y no se explica mejor por otro trastorno mental.

## 6.4 EVALUACIÓN

### - Descartar disfemia evolutiva

Es un proceso normal y bastante común entre los niños y niñas que están en pleno proceso de desarrollo del lenguaje. En torno a los tres años, como parte del proceso de desarrollo, suele aparecer la tartamudez. Los niños se atascan al decir determinadas palabras y frases. Esto se debe a que el desarrollo cognitivo de esta etapa es más avanzado que el desarrollo del lenguaje.

### - Realización de evaluación psicopedagógica.

### - Observación de lenguaje espontáneo y dirigido en diferentes situaciones y contextos.

## 6.5 PRUEBAS Y DIAGNÓSTICO

Algunas de las **pruebas** que podemos utilizar son:

- Cuestionario para padres. Cuestionario de Fluidez (padres). Adaptación A. Fernández- Zúñiga (Cooper, 1979).
- Cuestionario para padres. Cuestionario de respuestas emocionales hacia la tartamudez (padres). Adaptación A. Fernández- Zúñiga (Crowe y Col., 2000)
- Cuestionario para profesores. Cuestionario de Fluidez (profesores). Adaptación A. Fernández- Zúñiga, 2005.
- Indicadores cognitivos de la tartamudez (niños). Adaptación A. Fernández- Zúñiga (Crowe y Col., 2000).
- Cuestionario de respuestas emocionales hacia la tartamudez (niños). Adaptación A. Fernández- Zúñiga (Crowe y Col., 2000).
- Locus de control de la tartamudez (niños). Adaptación A. Fernández- Zúñiga (Crowe y Col., 2000).
- Imagen de sí mismo (niños). Adaptación A. Fernández- Zúñiga, R. Caja (Crowe y Col., 2000)
- Habilidades comunicativas (niños). Adaptación A. Fernández- Zúñiga , R. Caja, 2007.

### 6.5.1 TRATAMIENTO

Lo realizará el especialista en Audición y Lenguaje y/ o Logopeda. Es posible que el tratamiento no elimine el tartamudeo por completo, pero puede enseñar técnicas que ayuden a: mejorar la fluidez al hablar, lograr una comunicación eficaz y participar plenamente en la escuela y actividades sociales.

Existen varios enfoques diferentes para tratar a los niños y a los adultos que tartamudean. Un método —o una combinación de estos— que resulta efectivo para un alumno puede no serlo para otro.

- ✓ Terapia del habla. Consiste en enseñar a reducir la velocidad del habla y a detectar cuándo tartamudea. Al principio, es posible que el alumno hable demasiado lento y en forma pausada, pero, con el tiempo, podrá lograr un patrón del habla mucho más natural.
- ✓ Dispositivos electrónicos. Existen varios dispositivos electrónicos disponibles para mejorar la fluidez.
- ✓ Terapia cognitiva conductual. Este tipo de psicoterapia enseña a identificar y a modificar las formas de pensamiento que empeoran la tartamudez. También ayuda a resolver los problemas de estrés, ansiedad o autoestima relacionados con este trastorno (TTM Fundación Española de la tartamudez, 2008).

## 6.6 ORIENTACIÓN Y RECURSOS

A continuación, se ofrecen algunas actuaciones para familias:

- Conversar con el niño. Es importante hablar con él, intentando que participe.
- El niño puede estar más predispuesto a comunicarse unas veces que en otras.
- Escucharlo para ayudarlo a entender que es importante dialogar y comunicarse. No interrumpirlo.
- Mantener el contacto ocular. A veces es difícil mantener la mirada cuando el niño está atascado, sobre todo si uno se tensa o está pensando que el niño lo está pasando mal. Es importante transmitir tranquilidad y establecer una mirada natural, relajada, de la misma forma que cuando habla fluido.
- Leer con él. La lectura ayuda a tener temas de conversación y leer cuentos conjuntamente le puede facilitar la fluidez tanto al leer como al contar lo leído.
- Hablar lento le ayudará a mejorar su fluidez.
- Utilizar un lenguaje sencillo. Evitar hacer frases largas y complicadas.
- Adaptarse a la edad del menor.
- Expresar sentimientos.
- Transmitirle tranquilidad y normalizar la situación.
- Mantener la calma cuando el niño se bloquee.
- Esperar a que él termine y acabar las palabras aunque sepa lo que quiere decir.
- Hablarle despacio, con pausas entre las frases, sin apresurarse.
- Ser un buen modelo a imitar para él en su forma de hablar.
- Evitar situaciones en las que el niño se vea presionado o comprometido con el lenguaje (TTM Fundación Española de la tartamudez, 2008).



## 7. DISARTRIA

### 7.1 DEFINICIÓN

La disartria es un trastorno que afecta a los músculos del habla: los labios, la lengua, las cuerdas vocales y/o el diafragma. La dificultad para controlar estos músculos o su debilidad hacen que las personas con disartria no puedan articular correctamente los fonemas, por lo que tienen problemas de pronunciación o hablan más lentamente de lo normal. A diferencia de la afasia motora, es una alteración de la pronunciación y no del lenguaje.

El DSM-IV recoge la disartria bajo la etiqueta “Trastorno fonológico”, mientras que en el DSM-5 se la denomina “Trastorno de los sonidos del habla”. El criterio básico para el diagnóstico según estas clasificaciones es que la persona sea incapaz de emitir fonemas que se esperaría que hubiera aprendido a articular a una edad determinada.

### 7.2 TIPOS

Los tipos de disartria que veremos en este apartado difieren entre ellos principalmente en la localización de la lesión a nivel del sistema nervioso central.

#### **A. Espástica**

La disartria espástica **se debe a lesiones en los tractos piramidales**, relacionados con el control motor fino de los músculos de la cara y del cuello.

En este tipo de disfasia se producen hipernasalidad y aumentos súbitos del volumen del habla. La vocalización tiende a ser tensa y forzada.

#### **B. Atáxica**

Las lesiones en el **cerebelo** provocan disartria atáxica, cuyos signos más característicos son la **presencia de una prosodia plana y monótona y de una vocalización lenta** y descoordinada, similar a la que se produce en el estado de embriaguez. El habla típica de este tipo de disartria ha sido descrita en ocasiones como “explosiva”.

#### **C. Flácida**

En este tipo de disartria **está afectado el nervio vago**, que permite el movimiento de la laringe y por tanto de las cuerdas vocales. También se producen disfunciones en otros músculos faciales.

En los casos de disartria flácida los músculos pueden atrofiarse o paralizarse parcialmente, causando espasmos, babeo y tensión muscular.

#### **D. Hipercinética**

La disartria hipercinética está causada normalmente por lesiones en los ganglios basales, estructuras subcorticales implicadas en los movimientos involuntarios.

Los síntomas de este tipo de disartria son similares a los de la espástica: la voz tiende a presentar una cualidad áspera y **también se da hipernasalidad**.

#### **E. Hipocinética**

En general la disartria hipocinética **aparece como consecuencia de la enfermedad de Parkinson**, aunque también es habitual que la causa sea el consumo continuado de medicamentos **antipsicóticos**.

En este caso el volumen suele ser muy bajo, el timbre plano y la prosodia monótona. La reducción en la velocidad de los movimientos causada por daño en la región conocida como sustancia negra explican estos síntomas.

#### **F. Mixta**

Esta categoría se utiliza cuando las características clínicas son una combinación de más de uno de los tipos de disartria que hemos descrito. Las disartrias mixtas **se deben a afectaciones en distintos sistemas motores.**

### 7.2.1 CAUSAS

La disartria puede tener muchas causas distintas. Entre las más habituales destacan alteraciones del sistema nervioso, como lesiones y tumores en el cerebro o embolias que paralizan la cara o la lengua. Cuando se produce desde el nacimiento suele ser consecuencia de parálisis cerebral o distrofia muscular.

Ciertas alteraciones favorecen la aparición de síntomas de disartria en la edad adulta, como la esclerosis lateral amiotrófica o las enfermedades de Parkinson, Huntington y Wilson. Algunos fármacos también pueden causar disartria, especialmente los sedantes y los narcóticos potentes; en estos casos la interrupción del consumo alivia el trastorno.

### 7.3 INDICADORES

Los síntomas y los signos de este trastorno pueden variar en función de la causa y el tipo de disartria. Entre los más habituales encontramos los siguientes (Orientación Andújar, 2020):

- Dificultad para mover los músculos de la cara, los labios y la lengua.
- **Mala pronunciación.**
- Prosodia monótona.
- Timbre alterado.
- Habla demasiado lenta o rápida.
- **Voz nasal o ronca.**
- Volumen excesivamente alto o bajo.
- Ritmo irregular (por ejemplo habla entrecortada).
- Dificultades respiratorias asociadas.

En relación a las dificultades de pronunciación se suelen detectar cuatro tipos de errores principales: **sustitución, omisión, inserción y distorsión.** La sustitución, consistente en reemplazar el fonema correcto por otro erróneo, es el más frecuente, especialmente al pronunciar “d” o “g” en lugar de “r”.

Mientras que la articulación de consonantes está afectada en todos los casos de disartria, la pronunciación inadecuada de vocales es considerada un indicador de gravedad.

## 7.4 EVALUACIÓN

La demanda llega al EOEP a través del tutor/a del alumno/a. A partir de ese momento y tras tener una autorización firmada por parte de la familia del alumno/a se procederá a realizar una evaluación psicopedagógica.

## 7.5 PRUEBAS Y DIAGNÓSTICO

- Escala Inteligencia Wechler para niños (WIIPSI), (WISC IV), (WISC V)
- Registro Fonológico Inducido (RFI. Marc Monfort)
- Prueba de Lenguaje Oral de Navarra (PLON)
- Escalas McCarthy de aptitudes y psicomotricidad para niños. (MSCA)
- Registro de desarrollo fonológico infantil. Laura Bosch.
- Tes Illinois de Aptitudes Psicolingüísticas (ITPA)
- Prueba de articulación de fonemas. PAF. Valles Arándiga.
- Test de Vocabulario en imágenes ( PEABODY)
- Muestras del lenguaje espontáneo.

En el caso de la disartria conviene hacer hincapié en aspectos como el tono muscular, corporal y facial, la respiración, el movimientos, la simetría, la sensibilidad, la fuerza de órganos fonoarticulatorios, así como la funcionalidad de los órganos bocaofaríngeos en cuanto la deglución y la masticación.

## 7.6 ORIENTACIÓN Y RECURSOS

-La disartria debe ser abordada desde distintas perspectivas; alumno, familia y especialista, deben implicarse de forma activa para perseguir el mismo objetivo: lograr una comunicación lo más efectiva posible

Eviten interferencias del ambiente que interrumpan la conversación.

-Presten atención a la conversación y al lenguaje no verbal, es decir, la mirada, la expresión gestual y la facial.

-Respeten el turno, sin adelantarse a lo que quiere decir, otorgándole el tiempo que precise.

-Sean sinceros cuando no entienden el mensaje, solicitando que lo repita o lo diga de diferente manera.

-No hablen despacio ni de forma diferente puesto que le entiende perfectamente.

-Le inviten a practicar las estrategias que le ayudan a hablar mejor: “acuérdate de coger aire por la nariz”, “habla más despacio”, etc.

-Realicen preguntas cerradas de sí-no o le soliciten la primera sílaba de la palabra incluso el deletreo de la misma

-En los casos más extremos se buscarán formas alternativas de comunicación: láminas con el abecedario, series de imágenes, ordenadores o comunicadores (Orientación Andújar, 2020).

## 8. DISGLOSIA

### 8.1 DEFINICIÓN

Trastorno de la articulación debido a causas orgánicas, cuyo origen no es neurológico central, sino provocadas por determinadas anomalías o malformación de algunos de los órganos encargados de la articulación de los fonemas.

#### 8.2.1. ORIGEN

Su origen puede ser congénito, generalmente por malformaciones craneofaciales, y también puede ser adquirido, cuando se deban a trastornos o lesiones orofaciales, intervenciones quirúrgicas, trastornos de crecimiento o parálisis en algunos órganos responsables del habla. Desde el punto de vista logopédico, interesa la localización del órgano responsable de la disfunción articulatoria para verificar su grado de afectación. En efecto, el criterio comúnmente admitido para clasificar las disglosias consiste en identificar el grado de afectación del órgano responsable de la articulación defectuosa de los fonemas. Así pueden estar afectados los labios, las mandíbulas, los dientes, la lengua y el paladar, generando o dando lugar a diferentes tipos de disglosias. La etiología de esta alteración puede ser muy variada, puede deberse a una única causa o a varias, de origen orgánico o adquirido, y que pueden interferir en el normal funcionamiento de uno o varios órganos. Entre las causas más comunes se encuentran:

- Malformaciones congénitas craneoencefálicas.
- Trastornos del crecimiento.
- Parálisis periféricas.
- Lesiones orofaciales debidas a traumatismos.
- Extirpaciones orofaciales.

En los/as niños/as que presentan disglosia también pueden concurrir problemas tales como fracaso escolar, evitación o rechazo a la hora de hablar tanto con la familia, como en público. Esto se debe a su falta de fluidez o inteligibilidad del habla que puede producir un rechazo o discriminación por parte, sobre todo, de su grupo de iguales, al igual que, como son sometidos frecuentemente a operaciones quirúrgicas, pasan largos periodos fuera de la institución escolar, sin mantener las relaciones sociales adecuadas con los/as compañeros/as de colegio.

### 8.2 TIPOS

Atendiendo al órgano afectado las disglosias se clasifican en:

- **Labiales.** Los problemas articulatorios se producen como consecuencia de una alteración en la forma, movilidad, fuerza o consistencia de los labios (labio leporino, frenillo labial superior, fisura del labio inferior, parálisis facial de uno o ambos lados, alargamiento de la hendidura bucal, neuralgias del trigémino y algunas heridas labiales).
- **Mandibulares.** Problemas en la articulación de algunos fonemas como consecuencia de alteraciones en la forma de los maxilares.

- **Dentales.** Se dan como consecuencia de una alteración en la posición o forma de las piezas que conforman la dentición debido a causas tales como la alimentación, hereditarias, hormonales...
- **Linguales.** Están ocasionadas por problemas morfológicos en este órgano, tales como macroglosia (lengua muy grande), extirpaciones quirúrgicas totales o parciales denominadas glossectomías, parálisis unilateral o bilateral de este órgano o frenillo corto.
- **Palatales.** Tienen lugar por una malformación del paladar óseo o del velo del paladar, como consecuencia de fisuras palatinas, paladar ojival, y otras como paladar corto, fisura submucosa...

### 8.3 INDICADORES

Los criterios que se utilizan para diagnosticar la disglosia de un sujeto es la presencia en el mismo de problemas para articular fonemas debido a la malformación orgánica. Para llevar a cabo la intervención, es preciso, en primer lugar, identificar qué órgano u órganos periféricos del habla se encuentran afectados para trabajar sobre los 3 mismos, y además, se debe atender a la intensidad o gravedad con la que se presente el tipo de disglosia.

### 8.4 EVALUACIÓN

La demanda llega al EOEP a través del tutor/a del alumno/a. A partir de ese momento y tras tener una autorización firmada por parte de la familia del alumno/a se procederá a realizar una evaluación psicopedagógica.

### 8.5 PRUEBAS Y DIAGNÓSTICO

- . Registro Fonológico Inducido (RFI. Marc Monfort)
- . Prueba de Lenguaje Oral de Navarra (PLON)
- . Registro de desarrollo fonológico infantil. Laura Bosch.
- . Tes Illinois de Aptitudes Psicolingüísticas (ITPA)
- . Prueba de articulación de fonemas. PAF. Valles Arándiga.
- . Test de Vocabulario en imágenes (PEABODY)
- . Muestras del lenguaje espontáneo
- . ELA-R (Evaluación logopédica de la articulación)
- . EDA (Escala de evaluación de desarrollo articulatorio)
- . CELF-5 (Evaluación Clínica de los Fundamentos del Lenguaje)

### 8.6 ORIENTACIÓN Y RECURSOS

La participación de la familia en la intervención con el sujeto permite generalizar aprendizajes, potenciar habilidades y corregir errores que se puedan ir presentando a lo largo del proceso. La información que las familias proporcionan a los profesionales es

de vital importancia para tener un conocimiento más amplio de cómo se va desarrollando el tratamiento. En todas y cada una de las fases del tratamiento, hasta su finalización se ha de mantener un contacto y comunicación abierta y sincera entre todos los profesionales, ciertamente, esta comunicación será mayor al principio, y más distendida conforme el tratamiento progrese y se sienten las bases del tratamiento.

De manera más concreta se recomienda apoyar desde el ámbito familiar aquellos puntos que el especialista de audición y lenguaje considere necesario relativos a alguno de estos aspectos:

### **Reeducación respiratoria**

- Ejercicios de soplo: suave, fuerte, prolongado y cortado con inspiración nasal.
- ejercicios de inspiración nasal y espiración nasal-bucal con movimientos de cabeza, brazos, piernas, tronco.
- Hacer burbujas, pompas de jabón, etc.
- Realizar desplazamientos de objetos (barcos, plumas, pelotas, bolas de algodón, papel de seda, virutas...)
- Hinchar globos.
- Apagar llamas (cerillas, velas...).
- Soplar matasuegras.
- Tocar instrumentos de viento (flauta, trompeta,...).
- Hinchar las mejillas con fuerza, cerrando los labios, para luego expulsar el aire de forma explosiva.

### **Reeducación muscular orofacial**

- Masaje digital de rotación sobre la cicatriz, para suavizarla.
- Masaje a lo largo del labio, para darle elasticidad.
- Masaje alrededor de los labios, siguiendo su contorno para reducir la rigidez.
- Tracciones o pellizcos en los labios.
- Dar golpecitos muy rápidos con los dedos en los labios y también en las mejillas.
- Masaje de labio superior en dirección vertical y horizontal

### **Reeducación muscular lingual**

Se trabajarán las praxias linguales:

- Movimientos dentro/fuera de la boca, arriba-abajo, circulares.
- Doblar-estirar.
- Afinar-ensanchar.
- Lamer.
- Presionar.

**Reeducación de los músculos buccinadores** (son los músculos que se encuentran en las mejillas, detrás de masetero)

- Abrir-cerrar boca
- Enseñar incisivos superiores-inferiores
- Hinchar carrillos.

### **Reeducación mandibular**

- Movimiento de masticación exagerado
- Movimiento de mandíbula derecha-izquierda, delante-detrás.

### **Reeducación velo-palatina**

- Ejercicios de soplo, alternando el soplo por la nariz y por la boca con el fin de

discriminar y controlar ambos mecanismos (la emisión combinada de vocal-consonante nasal también contribuye a esta toma de conciencia).

– Ejercicios de succión (trasvasar agua por medio de una pajita; juego de la “pesca”: aspirar papeles con una pajita, variando el grosor; aspirar agua, sin tragarla, manteniéndola un tiempo en la pajita) (EOEP Cantalejo (Segovia), 2013).

## 9. TRASTORNO ESPECÍFICO DEL LENGUAJE TEL

### 9.1 DEFINICIÓN

El TEL es un trastorno grave de adquisición del lenguaje que no responde a un déficit intelectual ni a problemas auditivos ni a que el niño no haya sido suficientemente estimulado.

La definición excluye todos los problemas neurológicos, intelectuales o físicos que pueden hacer que el niño no hable. No es un problema de desarrollo. Se prolonga durante toda la vida del niño. No debemos esperar a que evolucione madurativamente porque sus secuelas perdurarán toda su vida.

#### 9.1.1 ORIGEN

La experimentación genética ha determinado que existe un gen responsable de los trastornos del lenguaje que se encuentra en una región crítica del cromosoma 7. El gen podría afectar a la producción de proteínas. Esta, a su vez, afecta al funcionamiento de otros genes que influyen sobre el desarrollo neuronal por medio de una compleja cascada de acontecimientos. No obstante, el lenguaje se desarrolla adecuadamente a partir un sistema de múltiples genes, lo que explicaría la gran variedad en la presentación del trastorno, es decir su heterogeneidad.

Por tanto, se necesitan más estudios psicolingüísticos y comportamentales para elaborar diseños de investigación sobre información genética, que, en esencia, busquen separar los efectos de los genes de los factores ambientales.

### 9.2 TIPOS

No todas las personas que padecen TEL manifiestan el mismo tipo de dificultades. Según los problemas presentados por el menor podemos establecer diferentes subtipos de Trastorno Específico del Lenguaje. Es necesario tener en cuenta que en la actualidad el diagnóstico que ofrece el DSM es el de trastorno de lenguaje como **uno de los trastornos de la comunicación**, adscribiéndose algunas de las características de los siguientes subtipos a otros trastornos (como al trastorno fonológico o al trastorno de la comunicación social).

En cualquier caso, sirve para visualizar la gran heterogeneidad de dificultades que pueden presentarse en un TEL. Una de las clasificaciones más conocidas es la siguiente.

#### A. Trastorno del lenguaje expresivo

Las personas con este subtipo de trastorno específico del lenguaje tienen limitaciones marcadas en la producción del lenguaje sin que existan problemas de comprensión. Dentro de este suele considerarse el trastorno de la programación fonológica en la que la producción del lenguaje es fluida pero de **articulación distorsionada, o la dispraxia verbal en la que las dificultades de articulación** hacen del habla algo extraño o incluso ausente. La comunicación no verbal no suele estar alterada, y su habla subvocal (es decir su lenguaje a nivel interno) está preservado.



## **B. Trastorno mixto del lenguaje expresivo-receptivo o fonológico-sintáctico**

En general, se considera que si existen problemas de comprensión en el lenguaje va a existir asimismo dificultades severas en la producción o expresión. En este tipo de trastorno, por lo tanto, se pueden observar dificultades tanto a la hora de elaborar el habla como a la hora de comprenderla.

## **C. Trastorno del proceso central de tratamiento y de la formación**

Se trata de un subtipo de Trastorno Específico del Lenguaje en el que se pueden observar diferentes problemas que no se corresponden por entero al propio hecho de comprender o expresar el lenguaje, sino con **aspectos como la presencia de una sintaxis alterada y un ligero tartamudeo** (trastorno léxico-sintáctico) o bien dificultades de comprensión debidas a la literalidad con el que el lenguaje es tendido o no se adapta a las situaciones (trastorno semántico-pragmático).

## 9.3 INDICADORES

**NO VERBALES.** Un indicador de T.E.L. en lugar de T.E.A. en niños que no hablan (no verbales) bien porque sean pequeños o porque el lenguaje no se esté adquiriendo, es la conducta de señalar y otros gestos para mostrar. No hablan pero te traen una cosa que les gusta y te la enseña, toman iniciativa para mostrar. Tienen conductas dirigidas para atraer la atención de los adultos (cogerte de la cara para que mires algo). Piden ayuda o intención de avisar que no lo comunican verbalmente pero sí con gestos. Tienen interés por múltiples objetos y mejor exploración del ambiente. Un niño que le guste mucho los coches pero si se le propone otros juegos accede sin ningún problema. Todos los niños tienen algún juguete favorito. Los niños con T.E.L. suelen tener menor contacto ocular pero si acaban haciéndolo de manera muy fluida, igual que los gestos para comunicarse.

**NIÑOS con T.E.L. VERBALES.** Son niños que tienen picardía, quizás no te entienden una mentira, o un chiste, pero si se hacen los despistados. Aunque hagan cosas más inmaduras para su edad. Cuando ya tienen lenguaje y empiezan a comprender, disfrutan y se ríen de situaciones exageradas o de engaño, (Dibujos animados). Sí siguen algunos juegos, pero en los juegos en los que el lenguaje tiene un papel importante, se pierden. Tienen errores gramaticales y fonológicos (confundir sonidos).

### 9.3.1 CRITERIOS DE DIAGNÓSTICO

#### **CRITERIO DE INCLUSIÓN/EXCLUSIÓN**

- Nivel auditivo de 25 dB en frecuencias conversacionales.
- Indicadores emocionales y conductuales normales
- CI de ejecución superior a 85.
- Sin presencia de signos de alteración neurológica.
- Destrezas motoras del habla normales

## **CRITERIOS DE ESPECIFICIDAD**

- Las primeras investigaciones apuntaban hacia la especificidad.
- Las investigaciones más recientes indican que en el TEL existen problemas en:
  - Procesamiento perceptivo
  - Memoria de trabajo
  - Tiempos de reacción (enlentecimiento general).

## **CRITERIOS DE DISCREPANCIA**

### A) Discrepancia cronológica

- 12 meses o más de diferencia entre EC y ELE
- 6 meses o más de diferencia entre EC y ELR

### B) Discrepancia cognitiva

- 12 meses o más de diferencia entre EM y ELE
- 6 meses o más de diferencia entre EM y ELR

## **9.4 EVALUACIÓN**

La demanda llega al EOEP a través del tutor/a del alumno/a. A partir de ese momento y tras tener una autorización firmada por parte de la familia del alumno/a se procederá a realizar una evaluación psicopedagógica.

## **9.5 PRUEBAS Y DIAGNÓSTICO**

- . Registro Fonológico Inducido (RFI. Marc Monfort)
- . Prueba de Lenguaje Oral de Navarra (PLON)
- . Registro de desarrollo fonológico infantil. Laura Bosch.
- . Tes Illinois de Aptitudes Psicolingüísticas (ITPA)
- . Prueba de articulación de fonemas. PAF. Valles Arándiga.
- . Test de Vocabulario en imágenes ( PEABODY)
- . Muestras del lenguaje espontáneo
- . ELA-R (Evaluación logopédica de la articulación)
- . EDA (Escala de evaluación de desarrollo articulatorio)
- . CELF-5 (Evaluación Clínica de los Fundamentos del Lenguaje)

## 9.6 ORIENTACIÓN Y RECURSOS

Evitar conductas de sobreprotección o de rechazo.

Estimular y potenciar sus capacidades.

Ayudarle en su autonomía personal.

Reforzar sus logros personales.

Darle modelos lingüísticos adecuados.

Usar sistemas aumentativos de comunicación.

Utilizar apoyos visuales: agendas planificadoras, reguladores de la conducta.

Verbalizar no sólo órdenes y demandas, sino también sentimientos, sensaciones, experiencias.

Las familias tenemos que colaborar con los distintos profesionales que intervienen en la atención educativa de nuestros hijos e hijas.

Ayudarles a que tengan un mayor contacto con su entorno social y natural.

El nivel de exigencia tiene que estar acorde a su edad y sus posibilidades reales.

Continuar en casa el trabajo realizado en el centro educativo.

Hacerles partícipes de la vida familiar.

Ayudarles con nuestro lenguaje haciéndolo más simple:

Hablar más despacio. Pedirles que nos miren a los ojos

Pronunciar correctamente sin exagerar ni gritar.

Repetir si es necesario y/o intentar decir lo mismo de otra forma.

Respetar el turno de palabra.

Utilizar gestos naturales para facilitar la comprensión.

Adecuar el tamaño y la dificultad de los mensajes al nivel del niño.

Utilizar frases simples pero correctas.

Evitar enunciados interrumpidos o desordenados.

Favorecer la comprensión por parte del niño con preguntas alternativas.

Atender y escuchar antes de hablar.

No responder por él, dejar que se exprese libremente.

Adoptar una actitud positiva frente al niño, alentándole y felicitándole ante sus progresos.

Crear situaciones comunicativas donde el niño vea y oiga a la persona con la que habla, y donde se respeten ciertos espacios de tiempo en el que el niño se exprese libremente.

Controlar todo tipo de actitud negativa y de ansiedad ante el lenguaje del niño.

No usar estrategias tipo “hasta que no me lo digas no te lo doy”.

Eliminar correcciones del tipo “eso no es así”. En su lugar repetiremos la frase o palabra de forma correcta, acortando o ampliando sintáctica o semánticamente si fuera preciso.

Reforzar sus avances.

Se puede estimular el lenguaje cuando vamos a comprar patatas al súper, como se hace con el resto de los niños.

Todas estas recomendaciones son aplicables tanto a la familia como al profesorado que tenga contacto con el niño o la niña (ATELMA Asociación de personas con Trastorno Específico del Lenguaje de Madrid, 2014).

## 10. AFASIA

### 10.1 DEFINICIÓN

La afasia es una afección que degrada la capacidad de lenguaje a causa de lesiones en las áreas corticales del lenguaje o en las rutas de asociación cerebrales. El trastorno deteriora la **expresión y comprensión del lenguaje oral**, así también como de la **lectura y escritura**.

En la mayoría de las personas, la **afasia se presenta si el daño se produce en el lado (hemisferio) izquierdo del cerebro**. Aunque de apariencia similar, los hemisferios cerebrales se especializan en funciones diferentes. Una de las más conocidas es la **especialización del hemisferio izquierdo en la mayoría de las personas como base del lenguaje verbal**. La comprensión de los aspectos no verbales del lenguaje y de la prosodia (fonética) y el ritmo de éste, se encuentran localizadas en el hemisferio derecho. Esto es así para el 95% de las personas diestras y el 70% de las personas zurdas, estando parcial o totalmente lateralizado en el lado derecho en el resto.

La afasia ocurre repentinamente, a menudo como el resultado de un accidente cerebrovascular o traumatismo encéfalo- craneano, pero también se puede desarrollar lentamente, como en el caso de un tumor cerebral. En el niño las causas más frecuentes son infecciones como la encefalitis por herpes. ACV (accidentes cerebrovasculares) y anoxia cerebral aguda (falta de oxígeno en el cerebro) e hidrocefalia (acumulación excesiva de líquido en el cerebro) y epilepsia.

### 10.2 TIPOS

#### A. AFASIAS CORTICALES

Las afasias corticales se dan por una lesión perisilviana (alrededor de la *cisura de Silvio*). Son las más comunes y se diferencian de las transcorticales en que en las corticales la repetición está alterada en grado variable.

#### 1. AFASIA DE EXPRESIÓN (AFASIA DE BROCA, MOTORA)

La afasia motora o expresiva (o de Broca) el paciente queda **sin la facultad del habla**, pero no sufre ningún tipo de alteración en cuanto a su capacidad de inteligencia. Puede caracterizarse por la limitación de todo el lenguaje a una sola palabra o a una vocal, o a la inversión de los significados de antónimos como sí y no. De esta forma, el enfermo, por más que lo intenta, no puede comunicarse mediante la palabra, haciéndolo generalmente a través de gestos, que no siempre resultan fáciles de descifrar.

También, en este caso, se debe tener en cuenta **la dificultad en la articulación motora**, por lo que pueden existir problemas para articular la lengua al expresarse, o bien presentarse dificultades en la escritura, así como hemiplejías con parálisis facial.

Los **síntomas** de una *afasia de Broca* son los siguientes:

- el paciente habla poco y tiene conciencia de sus errores.
- tiene problemas para encontrar las palabras deseadas.
- su articulación es deficiente.
- realiza grandes esfuerzos para acompasar la lengua, la faringe y la laringe.
- las palabras que emite están deformadas, y se han eliminado de su discurso aquellas más complicadas.
- la gramática es de una enorme simplicidad, sobre todo en lo referente a elementos de enlace (preposiciones, conjunciones...).
- el estilo, en general, es del tipo telegráfico.
- la comprensión del lenguaje es casi normal (Afasia motora o expresiva, afecta el habla, no la comprensión).

## **2. AFASIA RECEPTIVA O DE COMPRENSIÓN (AFASIA DE WERNICKE, SENSORIAL)**

**Afasia receptiva** afecta a la comprensión, interpretación y memoria del lenguaje. El paciente con este tipo de afasia **lo habla todo, pero carece de significado lo que dice**, y no es capaz de leer y escribir. Con la afasia sensorial las palabras pierden su significación simbólica, sin la existencia de ningún trastorno motor, ni en la voz, como tampoco en la articulación del lenguaje.

En esta clase de afasia el paciente puede presentar dificultades en el reconocimiento de objetos inanimados a través del sentido del tacto o el de la vista, perdiendo su significación y con la imposibilidad de denominarlos. Un ejemplo de esta deficiencia es la posibilidad de confundir objetos entre sí, así como sus utilidades — como por ejemplo un peine con un cepillo de dientes-, o no reconocer a una persona por sus facciones y sí hacerlo al escuchar su voz.

Se produce por lesión de áreas temporo-parietales (*área de Wernicke*). Se caracteriza por un déficit en la comprensión y el habla fluida, que está completamente desprovista de sentido.

La afasia de Wernicke **los síntomas** son los siguientes:

- el paciente habla mucho, como si estuviese alterado.
- las palabras que usa están transformadas, cambiadas de lugar y alteradas en su fonética.
- el paciente no entiende lo que se le dice ni es consciente de sus errores.
- pueden hablar con oraciones largas que no tienen ningún significado(logorrea),
- agregan palabras innecesarias y neologismos y cambian unas palabras por otras (parafasias).
- en algunos casos el número de sustituciones puede ser tan grande que hace el habla ininteligible (jergafasia).
- tienen generalmente grandes dificultades para comprender y entender el habla; incluyendo la propia.
- no son conscientes de los errores que cometen al comunicarse (anosognosia).

En la afasia de Wernicke también suele estar alterada la repetición, pero la denominación por confrontación visual suele ser normal. El grado de alteración de

comprensión lectora es muy variable, pudiendo en algunos casos llegar a utilizarse como método compensatorio en la rehabilitación.

### **3. AFASIA MIXTA (AFASIA MOTORA Y SENSORIAL A LA VEZ) Afasia global**

Otra posibilidad de manifestación es la denominada **afasia mixta**, en la que se presentan en un mismo paciente tanto la afasia motora como la sensorial, con una diversidad de deficiencias propias tanto de una como de la otra.

Se utiliza dicho término para denominar el tipo de afasia en el **que tanto la comprensión como la expresión están alteradas, compartiéndose por tanto rasgos de la afasia de Broca y de la afasia de Wernicke**. Se produce generalmente por la interrupción temporal del riego sanguíneo en la arteria cerebral media.

En un primer momento suele aparecer un mutismo total, pasando luego a cierta verbalización. Estas verbalizaciones suelen ser estereotipias verbales repetitivas y pueden presentarse como sílabas sueltas (por ejemplo, el paciente puede que diga únicamente "ta ta ta ta") a las que se dota de entonación e inflexión expresiva o palabras o frases sencillas completas.

### **4. AFASIA DE CONDUCCIÓN**

Se produce por una lesión del fascículo arqueado, que conecta el área de Broca y de Wernicke. Su principal característica es una **incapacidad para la repetición**.

El *output* es parafásico y más fluido, que en la afasia de Broca, pero menos que en la de Wernicke. Debido a esto **se realizan muchas pausas en un intento de encontrar las palabras adecuadas**. Así, un paciente con afasia de conducción emite frases de 3, 4 y 5 palabras, una melodía más o menos normal, con relativamente poco esfuerzo al hablar y buena articulación. No suelen mostrar déficits sintácticos.

La comprensión del lenguaje oral es variable aunque fundamentalmente preservada. La lectura en voz alta y la escritura están alteradas, pero la comprensión lectora suele estar conservada.

No suele haber paresia del hemicuerpo en la fase crónica, aunque es común que la haya en la fase aguda, recuperándose posteriormente. La afasia de conducción suele acompañarse de apraxia.

### ***B. AFASIAS TRANSCORTICALES***

La principal característica de las afasias transcorticales es la preservación de la repetición.

## 5. AFASIA TRANSCORTICAL MOTORA

**La comprensión está preservada y conservan la capacidad de denominación, aunque suelen necesitar ayudas articulatorias.**

El paciente **con afasia transcortical motora** sufre una **reducción importante del habla espontánea**: es dificultosa, escasa, disprosódica y generalmente compuesta de frases cortas. Esto contrasta con su repetición, ya que pueden llegar a repetir frases bastante largas. Sería, por tanto, similar a la afasia de Broca, aunque más leve y con la repetición conservada.

Aparece por lesiones en la sustancia blanca inmediatamente anterior al asta frontal del ventrículo lateral izquierdo, o por lesiones corticales y de sustancia blanca en las regiones prefrontales y premotoras que rodean el opérculo frontal.

## 6. AFASIA TRANSCORTICAL SENSORIAL

En la afasia transcortical sensorial el *output (salida - expresión verbal)* es fluido (frecuentemente parafásico y de contenido irrelevante) y la comprensión es muy limitada, pero la repetición, al igual que en el resto de afasias transcorticales, está conservada. **Sería, por tanto, similar a una afasia de Wernicke, pero de carácter más leve y con la repetición conservada.** La lectura y escritura están alteradas.

## 7. AFASIA TRANSCORTICAL MIXTA

El habla espontánea es pobre, aunque cuando alguien le habla puede responder con una verbalización fluida corta; sin embargo, la respuesta es casi una repetición directa de las palabras del otro (ecolalia); sin que exista comprensión. La denominación, lectura y escritura están alteradas. Sería similar a una afasia global, pero con la repetición conservada.

## 8. AFASIA ANÓMICA (sin nombre, no encuentran el nombre exacto de las cosas)

Es la afasia más leve y frecuente. Puede ocurrir por lesiones en muy diversas localizaciones o ser el déficit residual de la evolución de una afasia de otro tipo tras un proceso de rehabilitación. La afasia anómica se caracteriza por una importante dificultad en la denominación, dificultad en ponerle nombre a las cosas, junto a una expresión fluida, una comprensión relativamente preservada y una capacidad para la repetición casi normal.

Esta dificultad es similar al "tener algo en la punta de la lengua", pero mucho más a menudo, y hace que el paciente dé continuos rodeos para explicarse sin utilizar la palabra que busca (circunloquio), y utilizar muchas palabras poco específicas (eso, cosa...).

### C. OTRAS: AFASIA INFANTIL

- a. **Afasia infantil connatal o perinatal**: la lesión cerebral se produce durante la gestación o en el momento del parto. Generalmente, este tipo



de lesiones tienen un pronóstico favorable gracias a la plasticidad cerebral.

- b. **Afasia adquirida infantil:** la lesión del cerebro tiene lugar cuando el lenguaje ya se ha adquirido de forma parcial o total, abarcando entre los 2 años y los 8-9 años.

### 10.3 INDICADORES

#### LA EXPLORACIÓN CLÍNICA

Con este primer tipo de evaluación, se explora cada una de las capacidades lingüísticas, teniendo en cuenta si están conservadas o alteradas. Mediante esta exploración, se puede establecer un diagnóstico y determinar, de un modo aproximado, la gravedad del trastorno. El diagnóstico realizado mediante este tipo de evaluación deriva de la valoración subjetiva del examinador y tiene como ventaja la facilidad con la que se aplica y poco tiempo que requiere la evaluación; en contraposición, también tiene ciertas desventajas, entre las que destacan la escasa precisión y la diversidad de protocolos dependiendo de la persona que evalúa.

### 10.4 EVALUACIÓN

- Recoger demanda del tutor/ familia.
- Entrevista con la familia, que aportará informe del especialista.
- Realización de evaluación psicopedagógica e informe psicopedagógico si fuera necesario.
- Adecuación de la respuesta educativa a las necesidades del alumno/a y seguimiento.
- **Realización de evaluación psicopedagógica.**

Es fundamental un informe realizado por un médico.

Hay dos formas de evaluar las afasias: la exploración clínica y la evaluación por medio de test, pero en ambos casos es preciso tener en cuenta los siguientes aspectos:

- *Expresión verbal*

En este nivel, se evaluará:

- El habla espontánea o lenguaje conversacional , teniendo en cuenta si hay o no lenguaje espontáneo, la fluidez del mismo, la longitud de las frases, las desviaciones fonéticas, la presencia de agramatismo – paragramatismo y de

parafasias, habla vacía, neologismos, jerga, prosodia, características del habla, agilidad oral y verbal, esfuerzo articulatorio, disartria, apraxia del habla, grado de fatiga, etc.

- La repetición de sílabas, palabras, pseudopalabras y frases.
- La denominación de imágenes, partes del cuerpo, objetos o acciones; la respuesta a preguntas o la continuación de frases que conlleven la emisión de una palabra concreta (por ejemplo.: ¿Qué usamos para pintar?; para comer sopa, usamos la...); la evocación categorial de asociaciones (enumerar palabras de una categoría semántica o indicadores formales); la evocación de verbos de acción; etc. Ya que la mayoría de las personas con afasia presentan déficit en la denominación por confrontación visual, es importante realizar esta prueba a partir de distintas modalidades sensoriales.
- La emisión de series automáticas: números, días de la semana, meses del año, etc. Los datos obtenidos son muy útiles para diferenciar la dificultad articulatoria afásica, de la propia de la disartria.

- *Comprensión verbal*

En este nivel, habría que evaluar la designación (señalar objetos, partes del cuerpo, colores, acciones) y el seguimiento de órdenes simples, semicomplejas y complejas.

- *Escritura*

Hay que tener en cuenta tanto la escritura automatizada (la firma, por ejemplo) como la espontánea, valorando los movimientos de la escritura, el recuerdo de símbolos escritos y la formulación del material conexo en narración libre y dictado.

- *Lectura*

Se valorará la lectura de letras, palabras, pseudopalabras, frases y textos, teniendo en cuenta la lectura en voz alta y la comprensión de lo leído.

- *Evaluación no verbal complementaria*

- Evaluación de praxias : se tendrán en cuenta las praxias constructivas, las praxias de las extremidades, los movimientos globales del cuerpo y las acciones seriadas con objetos; y, especialmente, las praxias bucofonatorias, realizadas tanto por imitación como por orden expresa.

- Gnosias visuales, espaciales, gnosia digital, etc.

- Funciones cognitivas.

#### 10.4.1 TRATAMIENTO

Partiendo de los datos obtenidos en la anamnesis y en la evaluación, nos propondremos la intervención individualizada, que requerirá un abordaje interdisciplinar especializado, formado por especialistas en neurología, neuropsicología, logopedia, fisioterapia, terapia ocupacional, psicología y trabajo social, entre otros.

Es importante tener en cuenta diversos factores que influyen sobre la posible recuperación de las funciones perdidas como consecuencia del daño cerebral. Algunas de ellas son: la extensión y localización de la lesión; la edad; la etiología (pues, por

ejemplo, los accidentes de instalación súbita se asocian con defectos mayores que los accidentes de instalación lenta); el tiempo que ha pasado desde que ocurrió el daño cerebral; entre otros.

A la hora de plantearnos la intervención es importante valorar el momento idóneo para comenzar el tratamiento. La persona debe superar la fase aguda de la enfermedad, que puede ser entre los 15 días y un mes. La fase en la que la recuperación del lenguaje es más activa es el primer año. También es importante tener presente el momento de recuperación espontánea, que frecuentemente se señala en los tres primeros meses y es un período durante el cual se puede esperar el máximo de recuperación. También es fundamental tener en cuenta las características de la persona y la búsqueda de la motivación; así como, la colaboración de la familia, con la que se debe ser realista y mantener un contacto directo durante el tratamiento.

Aunque existen diversas tendencias al plantear la intervención, haremos mención al enfoque empírico, ya que es el más ampliamente utilizado y está basado en:

- Adaptar el tratamiento a la persona.
- Aprovechar los restos de lenguaje como base sobre la que establecer el tratamiento.
- Utilizar sistemáticamente todas las vías de entrada posibles.
- Proponer los ejercicios con una jerarquía de complejidad creciente. Para plantear la intervención, tendremos en cuenta qué capacidades lingüísticas están preservadas y cuáles alteradas.

Si la lesión que ha sufrido el pequeño es perinatal, focal y unilateral no suele ser necesaria la intervención del logopeda. Si la afasia se produce antes del primer año, la recuperación se considera muy favorable, gracias a la plasticidad cerebral. En cambio, **las lesiones difusas presentan peor recuperación en los casos más tempranos**, ya que afectan de forma general al cerebro del bebé, todavía muy inmaduro.

Por otro lado, **si la afasia ha sido adquirida, el niño mantendrá algunas capacidades sin problemas y otras con alteraciones**. En este caso, el tratamiento a seguir será indicado por el especialista, ya que dependerá del momento de la lesión cerebral, la edad del niño, sus puntos fuertes, etc.

## 10.5 PRUEBAS Y DIAGNÓSTICO

Los aspectos evaluados mediante test son básicamente los mismos que se tienen en cuenta con la exploración clínica. La diferencia fundamental, es que los test dan una cuantificación de cada uno de los signos y, por tanto, los resultados son más objetivos y fiables. Además, este tipo de evaluación da la posibilidad de comparar los resultados con futuros datos que se vayan obteniendo durante la intervención (Hornero, 2011).

Dentro de la evaluación mediante test, podemos diferenciar entre baterías de pruebas generales dirigidas a realizar una evaluación integral del lenguaje y otras pruebas más específicas que evalúan algún aspecto específico del lenguaje en particular. Algunos de los test generales de exploración de la Afasia más conocidos y utilizados, son:

- **Prueba de Boston** para el diagnóstico de las afasias, cuya versión española fue realizada por García-Albea y Sánchez Bernardos en 1986. Los objetivos que plantea esta prueba son: diagnosticar la presencia y el tipo de cuadro clínico, lo que ayuda a inferir el lugar de la lesión; determinar el nivel de actuación del sujeto a lo largo de un amplio rango de pruebas; y evaluar las capacidades de la persona con Afasia en todas las áreas del lenguaje de cara a diseñar estrategias de rehabilitación. Con este test, una vez explorado el lenguaje de conversación y el lenguaje espontáneo que se produce al ver una escena compleja en una lámina, es posible establecer una escala de gravedad de la afasia en función de las dificultades en la comunicación que presente la persona. Mediante esta prueba, se puede obtener un perfil general del lenguaje en diversas áreas: escala de severidad, comprensión auditiva, expresión oral, comprensión del lenguaje escrito y escritura.
- **Batería de las Afasias de Western**, cuya adaptación al español fue realizada por Pascual Leone en 1990. Esta prueba incluye cuatro subpruebas de lenguaje oral para conseguir una apreciación global sobre el estado general de la persona evaluada y tiene índices de confiabilidad y validez aceptables y una estructura estadística apropiada.
- **Examen Multilingüe de las Afasias**, traducido al español por Rey y Benton en 1991. Es una batería relativamente fácil y corta de aplicar, por lo que resulta muy práctica en la evaluación de las afasias. Incluye seis subpruebas: nombramiento visual; repetición de oraciones; asociación controlada de palabras; prueba de las fichas; comprensión auditiva de palabras y frases y comprensión escrita de palabras y frases. Además, incluye una escala de evaluación articulatoria.
- **Prueba de Minnesota** para el Diagnóstico Diferencial de las Afasias. Es una batería extensa que requiere varias horas para ser aplicada, ya que contiene 59 subpruebas, agrupadas en cinco áreas diferentes: trastornos auditivos, trastornos visuales y de la lectura, trastornos del habla y el lenguaje, trastornos visomotores y de la escritura, trastornos de las relaciones numéricas y los procesos aritméticos.
- **Índice Porch de Habilidad Comunicativa (PICA)**. Es de orientación conductista y es usado frecuentemente en investigación. Mide el grado de déficit nominativo de la persona con afasia, ya que presenta un sistema de valoración de las conductas con una gran amplitud de matices. Contiene 18 subpruebas de 10 ítems (cuatro de ellos verbales, ocho gestuales y seis gráficos). Tiene unas normas muy estrictas para su utilización y se supone que, teniendo en cuenta su formato rígido y su sistema de calificación, puede suministrar un sistema de medida muy sensible a cambios menores en las habilidades de comunicación de la persona evaluada. Sin embargo, se le ha criticado que algunas habilidades lingüísticas no son apropiadamente evaluadas y que no incluye ninguna prueba que valore el lenguaje espontáneo.

Por otro lado, es importante mencionar algunos test específicos que se centran en un único componente del lenguaje, entre los que se encuentran:

- **Test de Denominación de Boston (BNT)**, cuya versión española fue realizada por García-Albea en 1996. Su principal utilidad es la valoración de la anomia de una forma más precisa que con otros test generales. Para ello, se presentan 60 figuras dibujadas en tinta negra sobre un fondo blanco para que la persona evaluada diga su nombre. Las figuras corresponden a diferentes categorías (objetos, animales, instrumentos, etc.) y se da un tiempo de 20 segundos para

cada respuesta. Si la persona no logra encontrar su nombre, se le suministra una clave semántica y si, aún con la clave semántica, es incapaz de hallar el nombre, se le presenta una clave fonológica.

- **Token test o Test de las Fichas** es una prueba muy sensible para medir alteraciones de la comprensión oral y consta de cinco partes que van aumentando en dificultad.
- **Pizzamiglio**, que es una prueba de comprensión de frases y evalúa comprensión sintáctica.
- **Test de las capacidades comunicativas en la vida diaria**. Evalúa los recursos de la persona para afrontar su entorno cotidiano. Nos informa sobre la comunicación funcional y cómo se desenvuelve la persona en la vida diaria.
- **Communicative Abilities in Daily Living (CADL)**, diseñada para evaluar fundamentalmente las capacidades comunicativas de la persona en situaciones informales y referidas a hechos de comunicación cotidiana.
- **Pruebas de Fluidez Verbal (semántica y fonológica)**. Se ha convertido en una de las pruebas más difundidas en la evaluación del lenguaje y consiste en pedir a la persona que diga en un minuto todas las palabras que comienzan con una letra particular (condición fonológica) o que nombre todos los elementos posibles que pertenecen a una categoría determinada (condición semántica). Además de la producción total, se tiene en cuenta la conservación de la categoría, la perseveración en la producción de palabras y la utilización de palabras derivadas.
- **Protocolo pragmático**. Valora 30 conductas pragmáticas que se agrupan en 4 categorías: actos expresivos, proposicionales, ilocutivos y perlocutivos (Hornero, 2011).

## 10.6 ORIENTACIÓN Y RECURSOS

- Simplificar el lenguaje a través del uso de oraciones cortas y sin complicaciones.
- Repetir el contenido de las palabras o señalar palabras claves para aclarar el significado de la oración, según sea necesario.
- Mantener un tipo de conversación natural y apropiada para un adulto.
- Minimizar al máximo las distracciones, como por ejemplo el ruido de una radio, siempre que sea posible.
- Incluir en las conversaciones a la persona con afasia.
- Preguntar y valorar la opinión de la persona con afasia, especialmente con respecto a los asuntos familiares.
- Estimular cualquier tipo de comunicación, ya sea hablada, gestual, señalando o dibujando.
- Evitar corregir el habla del individuo.
- Permitirle a la persona con afasia todo el tiempo que necesite para conversar.
- Ayudar al individuo a participar en actividades fuera del hogar. Busque grupos de apoyo como las comunidades de personas que han sufrido un accidente cerebrovascular.
- Prestar más atención a todos los elementos comunicativos de naturaleza no verbal que el paciente pueda transmitirnos.

## 11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Akros. (17 de octubre de 2016). *Akros educational Blog*. Obtenido de <https://akroseducational.es>
- American Psychiatric Association. (18 de mayo de 2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-V)*. Barcelona: Masson.
- ATELMA Asociación de personas con Trastorno Específico del Lenguaje de Madrid. (2014). *Manual para padres con hijos con TEL*. Obtenido de <https://www.atelma.es>
- Beate Oerbeck, Katharina Manassis, Kristin Romvig Overgaard. (2016). *IACAPAP*. Obtenido de Manual de Salud Mental Infantil y Adolescente de la IACAPAP: <https://iacapap.org>
- CFIE Zamora. Seminario de formación EOE: conductas problemáticas. (17 de abril de 2014). *Dirección provincial de Zamora. Dípticos informativos de atención a la diversidad*. Obtenido de <https://www.educa.jcyl.es>
- CREENA Centro de Recursos de Educación Especial de Navarra. (2009). *Guía de detección precoz del mutismo selectivo*. Obtenido de <https://www.educacion.navarra.es>
- EOEP Benavente y subse de Puebla de Sanabria. (28 de febrero de 2020). *Estimulación del lenguaje oral en E. Infantil*. Obtenido de <http://eoeppenavente.centros.educa.jcyl.es>
- EOEP Cantalejo (Segovia). (2013). *Intervención en alteraciones en comunicación y lenguaje*. Obtenido de <http://www.educa.jcyl.es>
- Equipo de Atención Temprana de La Rioja. (2006). *Guía de Atención Temprana. El niño y la niña de tres a seis años*. Logroño: Gobierno de la Rioja.
- Equipo Técnico Provincial de Orientación Educativa de Almería. (1 de febrero de 2018). *Guía 2018: Alumnado con Retraso en el Lenguaje y Trastorno Específico del Lenguaje*. Obtenido de <https://orientacion.educarex.es>
- Fernández, S. G. (28 de febrero de 2020). *Clinica Universidad de Navarra Otorrinolaringología*. Obtenido de <https://www.cun.es>
- Fillat, A. A. (1 de febrero de 2010). *9 Letras: Blog de recursos educativos para el aprendizaje de la lengua*. Obtenido de <https://9letras.wordpress.com>
- Grupo LEA. Logopedia Escolar en Asturias. (28 de febrero de 2020). Obtenido de <https://alojaweb.educastur.es>
- Hernández Ledesma Alma Alejandra & Ruvalcaba Jiménez J. Isaí. (26 de enero de 2017). *Trastornos del lenguaje Otorrinolaringología Universidad de Guadalajara*. Obtenido de <https://www.academia.edu>
- Hornero, M. P. (2011). La afasia: evaluación e intervención logopédica. *Innovación y experiencias educativas.*, nº 48.

- Josep Artigas, Eugenia Rigau, Katy García-Nonell. (28 de febrero de 2020). *Trastornos del lenguaje*. Obtenido de Asociación Española de Pediatría: <https://www.aeped.es>
- Logopedia Sanchinarro Madrid*. (28 de febrero de 2020). Obtenido de <http://www.logopediasanchinarro.es>
- Mimenza, O. C. (28 de febrero de 2020). *Psicología y Mente: Mutismo selectivo: síntomas, causas y tratamiento*. Obtenido de <https://psicologiaymente.com>
- Noreña, G. (28 de febrero de 2020). *Blog PTYAL~Gema Noreña*. Obtenido de <https://ptyalcantabria.wordpress.com>
- Orientación Andújar. (28 de febrero de 2020). *Los diferentes trastornos del lenguaje en niños*. Obtenido de <https://www.orientacionandujar.es>
- Pascual, P. (1988). *La dislalia*. Madrid: CEPE.
- Robles, P. P. (7 de octubre de 2016). *Disfonía infantil: qué es y cómo prevenirla*. Obtenido de <https://www.guiainfantil.com>
- Romero, E. (17 de junio de 2006). *Maestros de Audición y Lenguaje*. Obtenido de <https://www.maestrosdeaudicionylenguaje.com>
- TTM Fundación Española de la tartamudez. (noviembre de 2008). *Tartamudez. Guía para familias*. Obtenido de <https://www.fundacionttm.org/>
- Valero, L. (9 de octubre de 2017). *Unidad de Desarrollo Infantil y Atención Temprana. Vithas Hospital Virgen del Mar*. Obtenido de <https://atenciontempranaalmeria.com/etapas-la-adquisicion-del-lenguaje/>

## ANEXO I: CRITERIOS PARA DIFERENCIAR ENTRE RETRASO SIMPLE DEL LENGUAJE Y TEL.

La principal característica distintiva entre retraso del lenguaje (RL) y trastorno específico del lenguaje (TEL) es el *criterio evolutivo*, pues una de las características del TEL es la persistencia de la dificultad aún con la intervención logopédica; mientras que en el retraso del lenguaje la respuesta a la intervención suele ser buena mejorando la competencia del alumnado con retrasos en escaso tiempo, y además presenta un perfil homogéneo en los perfiles de lenguaje; por el contrario, los niños con TEL adquieren el lenguaje tarde, pero su desarrollo sigue luego un patrón distinto de lo habitual que complica su pronóstico e intervención (Equipo Técnico Provincial de Orientación Educativa de Almería., 2018). En esta tabla se recogen las principales características de TEL y RSL:

RETASO DEL LENGUAJE (RSL)	TRASTORNO ESPECÍFICO DEL LENGUAJE (TEL)
<ul style="list-style-type: none"> <li>- El núcleo del problema suele se centra en el aspecto expresivo.</li> <li>- El acceso al lenguaje oral como forma de comunicación aparece un año y medio más tarde de lo habitual.</li> <li>- Existen pocas diferencias entre los niños diagnosticados con RSL.</li> <li>- Suele ser población homogénea, con poca variabilidad en sus perfiles lingüísticos (al producir los sonidos, al usar los distintos aspectos gramaticales, en el vocabulario, en el uso social del lenguaje, etc.).</li> <li>- Los niños presentan mayores dificultades en la expresión que en la comprensión.</li> <li>- La respuesta a la intervención es muy buena y su competencia lingüística mejora en poco tiempo.</li> <li>- Los problemas de emisión de sonidos y de vocabulario son los más llamativos.</li> <li>- Con un entorno estimulador y buenas capacidades intelectuales, los niños pueden compensar estas dificultades lingüísticas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Los problemas se dan tanto a nivel expresivo como comprensivo.</li> <li>- Existen muchas diferencias entre los niños diagnosticados con TEL.</li> <li>- El componente morfosintáctico suele ser el más alterado.</li> <li>- Se dan errores lingüísticos que no se corresponden con los usuales en los procesos de adquisición del mismo; por ello, estaríamos ante una desviación de los patrones normales de adquisición (por ejemplo, en la adquisición de las sílabas formadas por consonante más /r/, como “frío”, lo más frecuente es sustituir la /r/ por la /l/ y decir “flío”, pero el alumnado con TEL es probable que realice una sustitución diferente a esta, habitual en el desarrollo del lenguaje).</li> </ul>



## **ANEXO II: CUESTIONARIO PARA LA DETECCIÓN PRECOZ DEL MUTISMO SELECTIVO**

Analice con detenimiento cada una de las frases del cuestionario. Si la frase define de manera correcta y verdadera el comportamiento del alumno, señale con una X.

### **EXPRESIÓN VERBAL**

1. No responde verbalmente a las preguntas que le hacen el profesor/a.
2. No hace nunca peticiones verbales al profesor.
3. No participa en las actividades orales en grupo.
4. Sólo en algunas ocasiones responde a algún profesor.
5. No interactúa verbalmente con los compañeros en clase.
6. No interactúa verbalmente con los compañeros en el patio.
7. Sólo en algunas ocasiones habla con los compañeros.
8. Los padres refieren que el niño habla en casa con normalidad.

### **COMUNICACIÓN**

1. El niño entiende las órdenes que el profesor/a le da.
2. Se muestra atento e interesado durante las actividades del aula (Narración de cuentos, explicaciones, intervenciones por turno...).
3. Habitualmente establece contacto ocular con el profesor, pero cuando se le pregunta, evita la mirada (baja cabeza, mira otro lado...)
4. Utiliza gestos con fines comunicativos (pedir, señalar, afirmar, negar).
5. Interactúa y juega con los niños.

### **APRENDIZAJE**

1. Realiza las actividades habituales del aula que no implican expresión oral, (pintar, recortar, picar, repasar, ensartar, rodear, construir puzzles, ordenar secuencias, escribir letras y números), a un nivel similar al de los otros niños.
2. En casa cuenta lo que ha hecho y ha aprendido en la escuela (canciones, cuentos, números, letras...).

## **OTRAS CONDUCTAS**

1. En muchas ocasiones muestra rigidez corporal y facial.
2. En situaciones de interacción verbal y/o contacto corporal, manifiesta conductas de ansiedad (se mete los dedos en la boca, se remueve en su asiento, presenta tics, balancea los brazos, se toca el pelo constantemente, mantiene las manos dentro de los bolsillos...).
3. En situaciones de interacción con otros, muestra conductas de evitación (mira para otro lado, baja la cabeza, evita el contacto físico...).
4. Evita situaciones que implican exponerse ante los demás, estar en el punto de mira.
5. Se demora en la realización de tareas o actividades escolares más de lo debido.

## **CRITERIOS DE VALORACIÓN:**

Existirá sospecha de mutismo selectivo cuando:

- a) en los dos primeros bloques (expresión verbal y comunicación), se hayan marcado, en cada uno de ellos, al menos cuatro ítems.
- b) en el tercer bloque (aprendizaje) se haya marcado, por lo menos, uno de los ítems.

El apartado de Otras conductas, no es determinante, aunque aporta información complementaria.

## **ANEXO III: EVALUACIÓN PSICOPEDAGÓGICA DEL MUTISMO SELECTIVO.**

Una vez realizado el diagnóstico será preciso llevar a cabo una evaluación psicopedagógica que, considerando los ámbitos personal, escolar y familiar, tendrá como finalidad básica definir cuáles son los factores que predisponen, precipitan y refuerzan el comportamiento del mutismo, determinar las necesidades educativas del alumno/a y concretar el tipo y grado de ayudas que precisa.

Algunos de los aspectos a evaluar son los siguientes:

### **1. ÁMBITO PERSONAL**

Condiciones comunicativas y lingüísticas del alumno/a: con quién habla, con quién no, en qué tono, con qué longitud, cuánto, en qué situaciones, si utiliza gestos o no...

Comportamientos asociados al mutismo: conductas de evitación y escape, grado de tensión corporal...

Historia del problema: posibles causas, manifestaciones iniciales, evolución del problema a lo largo del tiempo, intentos de control, resultados de los mismos...

Competencia social del alumno/a: Habilidades sociales, integración en el grupo, amigos, dificultades más importantes, conductas de evitación o huida...

Competencia lingüística del alumno/a: Conocimiento del idioma, pronunciación, vocabulario, fluidez verbal...

Tipo y grado de ayudas que facilitan la interacción verbal: Instigarle para que responda, realizar sesiones de apoyo individual, diseñar actividades a realizar en pareja, diseñar y realizar actividades de juego, modelar las respuestas...

### **2. ÁMBITO ESCOLAR**

Contexto socio-personal de enseñanza-aprendizaje: Vinculación con el tutor; Estilo de autoridad; Clima social del aula; Relaciones interpersonales...

Contexto físico de enseñanza-aprendizaje: Disposición física y organizativa del aula; Programación de aula; Estrategias didácticas; Formatos tipo de actividades de aula; Nivel de conocimiento de la lengua vehicular de uso en la escuela...

Medidas adoptadas y resultado de las mismas.

Atribuciones, cogniciones y expectativas del profesorado en relación con el alumno/a y su problema.

### **3. ÁMBITO FAMILIAR**

Estilo de autoridad familiar.

Competencia social y estilo relacional de la familia: frecuencia, amplitud y estilo de los intercambios comunicativos y relaciones sociales.

Estructura y Clima familiar: Composición familiar, personas que viven en el domicilio y parentesco, estilo de comunicación de la familia...

Atribuciones, cogniciones y expectativas respecto al hijo y su problema: pensar que se resolverá con la edad, mostrarse incrédulo, no creer que su hijo no habla, pensar que es un problema de inadaptación escolar...

Actuaciones de los padres en las situaciones sociales en las que el niño no interactúa verbalmente con otros: Le insisten para que responda, le obligan, le castigan por no hacerlo, le prometen un premio si lo hace, le riñen, lo justifican ante el interlocutor, lo abrazan y le expresan su comprensión, se anticipan a sus deseos, satisfacen sus necesidades sin requerirle que lo pida...

Medidas adoptadas y resultados.

La evaluación psicopedagógica puede ser más o menos exhaustiva. El grado de profundización y concreción de la misma estará en función de las condiciones del alumno/a, y las de su contexto familiar y escolar; y de la cantidad de factores que están incidiendo en la manifestación del problema.