



UNIVERSIDAD DE VALLADOLID

FACULTAD DE MEDICINA – GRADO EN LOGOPEDIA

**Contribución de la intervención
logopédica al diagnóstico diferencial
en los Trastornos graves de la
Comunicación y el Comportamiento**

Celia González Núñez

Tutor: Ángel L. Sánchez Rosso

Curso académico 2015/2016

*La forma en que nos comunicamos con otros y con nosotros mismos,
determina la calidad de nuestras vidas*

Anthony Robbins

AGRADECIMIENTOS

Mención especial requieren todas aquellas personas que de forma desinteresada han contribuido en este Trabajo Fin de Grado.

En primer lugar, a mi tutor Ángel L. Sánchez Rosso, por su dedicación, guía y disponibilidad inmediata. Sin su ayuda, la realización de este trabajo nunca hubiese sido posible.

De igual forma, agradecer la confianza que Eva María García Porras, logopeda de la clínica de rehabilitación integral LOGOS, ha depositado en mí; por facilitarme el trabajo y permitirme realizar la intervención logopédica narrada.

Pero sin lugar a dudas, el mayor agradecimiento lo merece A. y su familia quienes, desde un primer momento, han apostado por mi trabajo ofreciéndome toda la ayuda que he necesitado.

Por ellos; todos quienes me han regalado su paciencia, confianza y orgullo. Por ellos.

Gracias.

RESUMEN

Bajo el término *diagnóstico diferencial*, se define el conjunto de posibles diagnósticos (no siendo la valoración final), planteados por el profesional en base a la sintomatología que presenta el paciente. Si a un dudoso diagnóstico se asocia una confusa limitación sintomatológica, nos encontramos ante un amplio abanico de juicios clínicos, con una desconocida determinación e influencia entre los mismos.

Con esta premisa y, a partir del conocimiento de los diferentes *Trastornos del Neurodesarrollo* puede realizarse una correcta valoración para así, diseñar un tratamiento específico para el caso concreto.

Los datos presentados en la evaluación han sido obtenidos tras un arduo estudio personal fundamentado en importantes trabajos y aportaciones teóricas de diversos autores.

De forma inicial, con el fin de asentar el caso concreto a desarrollar, se presenta una extensa introducción que da paso a la exposición de los diversos apartados: a) objetivos; b) justificación teórica; c) metodología; d) planificación de la intervención logopédica; e) resultados; f) conclusiones; g) referencias bibliográficas.

El estudio plantea una comparativa entre los resultados obtenidos en la evaluación inicial y final tras, aproximadamente, un año de intervención. Los resultados son analizados estableciendo las conclusiones oportunas con el fin último de demostrar la contribución de la intervención logopédica al diagnóstico diferencial de los *Trastornos graves de la Comunicación y el Comportamiento*.

Palabras clave: diagnóstico diferencial, intervención logopédica, Trastorno de la comunicación, Trastorno del comportamiento.

SUMMARY

The term differential diagnostic defines the set of possible diagnostics (not being the final assessment) which are outlined by the professional based on the patient's symptomatology. Should an uncertain diagnostic gets a confusing symptomatic limitation associated, then we are facing a broad range of clinical judgments together with an unknown determination and influence between one another.

Taking into consideration both this premise and the knowledge of the different Neurodevelopment disorders, a correct assessment can be performed and thus, a specific treatment on a case-by-case basis can be designed.

The data presented in the assessment have been obtained after an arduous personal study which relies on important work and on theoretical contributions from various authors.

Herein an extensive introduction is presented in an attempt to lay down the specific case to develop, which in turn leads to various sections: a) objectives; b) theoretical justification; c) methodology; d) speech therapy intervention planning; e) results; f) conclusions; g) bibliographic references.

The analysis poses a comparison among the initial and final results of the assessment after a whole year of intervention, approximately. The results are analyzed establishing appropriate conclusions which have the ultimate goal of demonstrating the contribution made by the speech therapy intervention to the differential diagnostic of Serious communication and behavioral disorders.

Keywords: Differential diagnostic, speech therapy intervention, communication disorder, behavioral disorder.

ÍNDICE

1. Introducción.....	pág. 7
2. Objetivos.....	pág. 8
3. Justificación teórica.....	pág. 8
a) Trastornos del Neurodesarrollo.....	pág. 8
i. Retraso global del Desarrollo	
ii. Trastorno del Lenguaje	
iii. Trastorno de la comunicación social (pragmática)	
iv. Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad	
v. Trastorno del Espectro del Autismo	
b) Comorbilidad.....	pág. 14
c) Comunicación y lenguaje. Trastornos del Neurodesarrollo.....	pág. 15
4. Metodología.....	pág. 17
a) Desarrollo de la investigación.....	pág. 17
b) Datos del caso.....	pág. 17
c) Evaluación inicial.....	pág. 18
i. Introducción	
ii. Descripción de las pruebas	
iii. Resultados	
d) Planificación de la intervención logopédica.....	pág. 24
i. Objetivos de la intervención	
ii. Propuesta de actividades	
5. Resultados.....	pág. 30
a) Resultados del proceso de reevaluación	
6. Conclusiones.....	pág. 35
7. Referencias bibliográficas.....	pág. 38

ANEXO I. Ejemplos hojas de registro referidas en la evaluación

1. Introducción

Esta investigación se inició con el fin de realizar un proceso de búsqueda, gestión y organización; desarrollo e interpretación de la información; diseño y ejecución de un proyecto de investigación con el objetivo de publicar unos resultados. Con ello, se pretende cumplir el conjunto de dominios propios de cada perfil de TFG de acuerdo con el RD 1393/2007, siendo reseñadas las competencias transversales, a) compromiso ético; b) trabajo en un equipo de carácter interdisciplinario; c) autonomía y regulación de su propio aprendizaje; d) capacidad de organización y planificación; e) razonamiento crítico; f) capacidad de análisis y síntesis; g) capacidad e interés por el aprendizaje autónomo.

Adaptándose a la modalidad metodológica B, surge el presente *proyecto de investigación teórico-experimental, consistente en la realización de una síntesis crítica de una línea de investigación vinculada a la logopedia y a algunos de los departamentos que imparten docencia en el Grado, con el propósito de hacer alguna contribución al estado de la cuestión.*

La elección de este trabajo, tras la selección del caso concreto sobre el que circunscribe, viene motivada por la falta de publicaciones y estudios experimentales que demuestren la aportación logopédica en las alteraciones graves de la comunicación y el comportamiento, en un momento en que se desconoce el diagnóstico diferencial así como la dirección del influjo sintomatológico.

Bajo el término *diagnóstico diferencial*, se define el conjunto de posibles diagnósticos (no siendo la valoración final), planteados por el profesional en base a la sintomatología que presenta el paciente.

Son varios los autores y las referencias bibliográficas que avalan y defienden la cita "*los diagnósticos son esenciales para poder tratar a una persona*". Pero ¿es estrictamente necesario, desde el punto de vista logopédico, intervenir en base a un diagnóstico estable y claramente establecido?

Si a un dudoso diagnóstico se asocia una confusa limitación sintomatológica, nos encontramos ante un amplio abanico de juicios clínicos, con una desconocida determinación e influencia entre los mismos.

Además, la mayoría de estudios existentes demuestran, por un lado, las aportaciones logopédicas a las alteraciones comunicativas y de lenguaje y, por otro lado, los relativos beneficios de la intervención psicológica o conductual en problemas de comportamiento. Sin embargo, son mínimas las publicaciones en cuanto a la correlación entre alteraciones comunicativas y comportamentales y la necesaria intervención logopédica en las mismas.

Por todo ello, sobre los anteriores pilares se asienta el presente Trabajo de Fin de Grado; con el propósito, de intentar dar respuesta a todos los aspectos reseñados, aportando una nueva perspectiva y futura línea de investigación.

2. Objetivos

El objetivo general de este Trabajo de Fin de Grado es comprobar la contribución de la intervención logopédica al diagnóstico diferencial en los Trastornos Graves de la Comunicación y el Comportamiento.

Como objetivos específicos señalaré los siguientes:

- Presentar los diferentes Trastornos del Neurodesarrollo que cursan con alteraciones en la adquisición y/o desarrollo comunicativo y/o comportamental.
- Evidenciar la presencia de alteraciones conductuales de forma comórbida y/o secundaria a alteraciones comunicativas.
- Ofrecer una respuesta logopédica ante un diagnóstico en estudio.
- Proponer una intervención logopédica para un caso concreto de alteraciones comunicativas y comportamentales.

3. JUSTIFICACIÓN TEÓRICA.

a) Trastornos del Neurodesarrollo

Como definen Artigas – Pallarés J. y Narbona J. (2011), los *Trastornos del Neurodesarrollo* (TND) son “alteraciones o retrasos en el desarrollo de funciones vinculadas a la maduración del sistema nervioso central que se inician en la infancia y siguen un curso estable sin remisiones ni recaídas”. El sistema nervioso interactúa de modo constante con el entorno y de forma más o menos eficaz, lo que permite ir adquiriendo y perfeccionando múltiples competencias. Estos procesos pueden resultar más o menos eficientes y más o menos adaptativos.

El diagnóstico de los TND es complejo y con un alto índice de subjetividad. Ningún análisis, electroencefalograma, examen neurorradiológico o prueba biológica es útil, aunque en casos concretos puede determinar la etiología.

En la 5ª edición del *Manual diagnóstico y estadístico de los Trastornos Mentales* (DSM – 5, 2013), se definen los trastornos y en los cuales, puede estar o no identificada una causa específica. Estos trastornos corresponden a la Discapacidad Intelectual, Trastorno de la Comunicación, Trastorno del Espectro Autista, Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, Trastorno Específico del Aprendizaje, Trastorno Motor, Trastorno de Tics y otros Trastornos de Desarrollo Neurológico.

I. Retraso global del Desarrollo

El Retraso global del Desarrollo se define en el DSM–5, 2013, incluyéndose en la clasificación *Trastornos del Desarrollo Neurológico*. Determina el cuerpo diagnóstico a lo que hasta ahora, se denominaba *Retraso Madurativo*.

Este diagnóstico se reserva para individuos menores de 5 años cuando el nivel de gravedad clínica no se puede valorar de forma fiable durante los primeros años de la infancia. Esta categoría se diagnostica cuando un sujeto no cumple con los hitos del desarrollo esperados en varios campos del

funcionamiento intelectual, y se aplica a individuos en los que no se puede llevar a cabo una valoración sistemática del funcionamiento intelectual, incluidos niños demasiado pequeños para participar en las pruebas estandarizadas. Esta categoría se debe volver a valorar después de un periodo de tiempo. (DSM 5, 2013, p.23)

II. Trastorno del lenguaje

Dificultades persistentes en la adquisición y uso del lenguaje en todas sus modalidades (...), estando, sus capacidades, notablemente y desde un punto de vista cuantificable por debajo de lo esperado para la edad, lo que produce limitaciones funcionales en la comunicación eficaz, la participación social, los logros académicos o el desempeño laboral, de forma individual o en cualquier combinación.

El inicio de los síntomas se produce en las primeras fases del periodo de desarrollo y, las dificultades no se pueden atribuir a un deterioro auditivo o sensorial de otro tipo, a una disfunción motora o a otra afección médica o neurológica y no se explica mejor por Discapacidad Intelectual o Retraso Global del Desarrollo. (DSM 5, 2013, p.24)

a. Criterios diagnósticos

Para establecer un diagnóstico de Trastorno del Lenguaje, como se encuentra recogido en el DSM 5, 2013, deben cumplirse los requisitos recogidos en la Tabla 1.

Tabla 1

Criterios diagnósticos Trastorno del Lenguaje

Vocabulario reducido

Estructuras gramaticales limitadas

Deterioro del discurso

Tabla 1 Criterios diagnósticos Trastorno del Lenguaje (DSM 5, 2013, p. 24).

b. Clasificación

La categorización más clásica del *Trastorno Específico del Lenguaje* procede de los trabajos de Rapin y Allen (1987,1988) y, se basa, en la clasificación en tres categorías principales de Trastornos del Desarrollo del Lenguaje: Trastornos mixtos receptivo- expresivos, Trastornos expresivos, y Trastornos de procesamiento de orden superior, como se recoge en siguiente Tabla 2.

Tabla 2

Clasificación de los Trastornos Específicos del Lenguaje.

8. SUBTIPO	DESCRIPCIÓN
Trastornos de la vertiente expresiva	
Trastorno de la programación fonológica	Cierta fluidez de producción, pero con articulación confusa (enunciados casi ininteligibles)
	Notable mejoría de calidad articulatoria en tareas de repetición de elementos aislados

	Notable mejoría de calidad articulatoria en tareas de repetición de elementos aislados
Dispraxia verbal	Incapacidad masiva de fluencia
	Grave afectación de la articulación (hasta ausencia completa del habla)
	Enunciados de 1 o 2 palabras, que no mejoran en su realización articulatoria con la repetición
	Comprensión normal o próxima a lo normal
Trastornos de comprensión y expresión	
Trastorno fonológico – sintáctico	Déficit mixto receptivo – expresivo
	Fluidez verbal perturbada
	Articulación de habla alterada
	Sintaxis deficiente: frases cortas, omisión de nexos y marcadores morfológicos, laboriosa formación secuencial de enunciados (frases ordenadas según el movimiento del pensamiento que las suscita)
	Comprensión mejor que expresión
	Variables de dificultad de comprensión, longitud del enunciado, complejidad estructural del enunciado, ambigüedad semántica, contextualización del enunciado, rapidez de emisión
Agnosia auditivo - verbal	Sordera verbal
	Fluidez verbal perturbada
	Articulación de habla perturbada
	Comprensión del lenguaje oral severamente afectada o ausente
	Expresión ausente o limitada a palabras sueltas
	Articulación gravemente alterada
	Comprensión normal de gestos
Trastorno del proceso central de tratamiento y de la formulación	
Tratamiento semántico - pragmático	Desarrollo inicial del lenguaje más o menos normal
	Articulación normal o con ligeras dificultades
	Habla fluente, a menudo logorreica; puede emitir frases aprendidas de memoria
	Enunciados bien estructurados gramaticalmente
	Grandes dificultades de comprensión; puede haber una comprensión literal y/o responder más que a una o dos palabras del enunciado del interlocutor
	Falta de adaptación del lenguaje al entorno interactivo; deficientes ajustes

	pragmáticos a la situación y/o al interlocutor, coherencia temática inestable, probable ecolalia o perseverancia
Tratamiento léxico - sintáctico	Habla fluente con pseudotartamudeo ocasional por problemas de evocación
	Articulación normal o con ligeras dificultades
	Jerga fluente (en el niño pequeño)
	Sintaxis perturbada: formulación compleja dificultosa, interrupciones, perífrasis y reformulaciones, orden secuencial dificultoso, utilización incorrecta de marcadores morfológicos, frecuencia de “muletillas”
	Comprensión normal de palabras sueltas
	Deficiente comprensión de enunciados

Tabla 2 Clasificación de los Trastornos Específicos del Lenguaje. Aguado G. (1999)

I. Trastorno de la comunicación social (pragmático)

Según Monfort, M. (2004), la *pragmática* puede definirse como “el uso social del lenguaje, es decir, la capacidad de entender las intenciones de los demás cuando hablan y de expresar las propias, de una forma eficaz y con un manejo del código apropiado al contexto”.

Como trastorno específico de los “Trastornos de la comunicación”, el *Trastorno de la comunicación social*, se define como:

Dificultades persistentes en el uso social de la comunicación verbal y no verbal (...) cuyas deficiencias causan limitaciones funcionales en la comunicación eficaz, la participación social, las relaciones sociales, los logros académicos o el desempleo laboral, ya sean individualmente o en colaboración. Los síntomas comienzan en las primeras fases del período de desarrollo (...) y no se pueden atribuir a otra afección médica o neurológica ni a la baja capacidad en los dominios de morfología y gramática (...).
DSM – 5 (2013, p. 26).

a. Criterios diagnósticos

Es estrictamente necesario que, en un sujeto, se manifiesten 6 o más de los siguientes síntomas manteniéndose, al menos 6 meses, en un grado que no concuerde con el nivel de desarrollo y afecte directamente a las actividades sociales y académicas – laborales, para establecerse un diagnóstico de Trastorno de la comunicación social (pragmático). Estos criterios diagnósticos se recogen en la siguiente Tabla 3.

Tabla 3

Criterios diagnósticos Trastorno de la comunicación social (pragmático)

Deficiencias en el uso de la comunicación para propósitos sociales, como saludar y compartir información, de manera que sea apropiada al contexto social.

Deterioro de la capacidad para cambiar la comunicación de forma que se adapte al contexto o a las necesidades del que escucha, como hablar de forma diferente en un aula o en un parque, conversar de forma diferente con un niño o con un adulto, y evitar el uso de un lenguaje demasiado formal

Dificultades para seguir las normas de conversación y narración, como respetar el turno de la conversación, expresarse de otro modo cuando no se es bien comprendido y saber cuándo utilizar signos verbales y no verbales para regular la interacción

Dificultades para comprender lo que no se dice explícitamente

Tabla 3 Criterios diagnósticos Trastorno de la comunicación social (pragmático) (DSM 5, 2013, p. 26).

II. Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad

Se identifica por la presencia de un patrón persistente de falta de atención, actividad motora excesiva e impulsividad que interfieren en el funcionamiento o en el desarrollo, que se caracterizan por inatención o hiperactividad e impulsividad (...). Algunos de los síntomas de inatención o hiperactivos impulsivos estaban presentes antes de los 12 años (...) y están presentes en dos o más contextos. Existen pruebas claras de que los síntomas interfieren con el funcionamiento social, académico o laboral, o reducen la calidad de los mismos (...)" (DSM 5, 2013, p.33 - 36)

a. Criterios diagnósticos

Es estrictamente necesario que, en un sujeto, se manifiesten 6 o más de los siguientes síntomas manteniéndose, al menos 6 meses, en un grado que no concuerde con el nivel de desarrollo y afecte directamente a las actividades sociales y académicas – laborales, para establecerse un diagnóstico de TDAH. Estos criterios diagnósticos se recogen en la siguiente Tabla 4.

Tabla 4

Criterios diagnósticos TDAH

TDAH con patrón persistente de inatención (A1)	Con frecuencia falla en prestar la debida atención a detalles, o por descuido se cometen errores en las tareas escolares, en el trabajo o durante otras actividades
	Con frecuencia tiene dificultades para mantener la atención en tareas o actividades recreativas
	Con frecuencia evita, le disgusta o se muestra poco entusiasta en iniciar tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido

	Con frecuencia pierde cosas necesarias para tareas o actividades
	Con frecuencia se distrae con facilidad por estímulos externos
	Con frecuencia olvida las actividades cotidianas
TDAH con patrón persistente de Hiperactividad e Impulsividad (A2)	Con frecuencia juguetea con o golpea las manos o los pies o se retuerce en el asiento
	Con frecuencia se levanta en situaciones en que se espera que permanezca sentado
	Con frecuencia corretea o trepa en situaciones en las que no resulta apropiado
	Con frecuencia es incapaz de jugar o de ocuparse tranquilamente en actividades recreativas
	Con frecuencia está “ocupado”, actuando como si “lo impulsara un motor”
	Con frecuencia habla excesivamente
	Con frecuencia responde inesperadamente o antes de que se haya concluido una pregunta
	Con frecuencia interrumpe o se inmiscuye con otros

En función de los resultados se podrán clasificar las siguientes presentaciones:

Presentación combinada: Si se cumplen el Criterio A1 (inatención) y el Criterio A2 (hiperactividad-impulsividad) durante los últimos 6 meses.

Presentación predominante con falta de atención: Si se cumple el Criterio A1 pero no se cumple el criterio A2 (hiperactividad-impulsividad) durante los últimos 6 meses.

Presentación predominante hiperactiva/impulsiva: Si se cumple el Criterio A2 (hiperactividad-impulsividad) y no se cumple el Criterio A1 (inatención) durante los últimos 6 meses.

Tabla 4 Criterios diagnósticos TDAH (DSM 5, 2013, p. 86-88).

III. Trastorno del Espectro del Autismo

El *Trastorno del Espectro del Autismo* (TEA), se define como subtipo específico de los Trastornos del Desarrollo Neurológico.

Deficiencias persistentes en la comunicación social y en la interacción social en diversos contextos (...). Patrones restrictivos y repetitivos de comportamiento, intereses o actividades (...). Los síntomas han de estar presentes en las primeras fases del periodo de desarrollo (...). Los síntomas causan un deterioro clínicamente significativo en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento habitual. (DSM 5, 2013, p.28 - 30).

Tabla 5

Criterios diagnósticos Trastorno del Espectro del Autismo

Movimientos, utilización de objetos o habla estereotipados o repetitivos

Insistencia en la monotonía, excesiva inflexibilidad de rutinas o patrones ritualizados de comportamiento verbal o no verbal

Intereses muy restringidos y fijos que son anormales en cuanto a su intensidad o foco de interés

Hiper o hiporeactividad a los estímulos sensoriales o interés inhabitual por aspectos sensoriales del entorno

Tabla 5 Criterios diagnósticos Trastornos del Espectro del Autismo (DSM 5, 2013, p. 28-30).

b) Comorbilidad

Tras el estudio llevado a cabo por Bishop, D.V. y Snowling, M.J. (2004), sobre la correlación entre los distintos niveles de expresión de los Trastornos del Neurodesarrollo planteada, se defiende el efecto de los genes sobre la estructura y funcionalismo del sistema nervioso central, la acción de éste sobre las funciones cognitivas y el impacto de estas últimas sobre la conducta, siendo, cada uno de estos niveles, complejo e interactivo.

Fernández – Perrone A.L, Martín Fernández–Mayoralas D, López Arribas M.S. y Fernández Jaén, A. (2015) en Psicopatología comórbida en las alteraciones del Neurodesarrollo, definen *comorbilidad* como la “aparición en el mismo individuo de dos o más enfermedades o trastornos distintos, cuando la presencia de uno de ellos condiciona una forma de manifestación, un pronóstico y un abordaje terapéutico distinto para cada proceso manifiesto”.

Los estudios realizados en relación a la psicopatología comórbida frecuente en las alteraciones del Neurodesarrollo, han determinado que el TDAH es uno de los trastornos más diagnosticados en la infancia y adolescencia, con tasas de prevalencia del 6–7% (Willcutt, 2012). Además, debe destacarse la elevada comorbilidad que presenta. En especial, los trastornos asociados al TDAH más frecuentes que aparecen reflejados en Miranda et al (1999) son: Trastornos de lenguaje y perceptivo motores (20%), Dificultades de aprendizaje, Trastorno oposicionista desafiante y trastorno de conducta (40-60%), relaciones sociales conflictivas, depresión y ansiedad (15-20%), Tics y Trastorno de Guilles de la Tourette.

Estos problemas pueden tener una relevancia mayor que el propio TDAH y condicionar su presentación clínica, el pronóstico y el tratamiento.

Los problemas de lenguaje suelen ser el factor de alarma, ya que se manifiestan con características conductuales que pueden relacionarse, incluso, con los trastornos del espectro autista (TEA).

c) Comunicación y lenguaje. Trastornos del Neurodesarrollo de inicio en la infancia.

Durante muchos años ha existido un debate extendido a toda la comunidad médica y sanitaria; ¿Los trastornos comportamentales, cognitivos y sociales generan dificultades en el desarrollo comunicativo-lingüístico o, son estas dificultades las que ocasionarán alteraciones cognitivas, comunicativas y sociales?

Roch Lecours et al (1980, p. 84), definen el lenguaje como *“el resultado de una actividad nerviosa compleja que permite la comunicación interindividual de estados psíquicos a través de la materialización de signos multimodales que simbolizan estos estados de acuerdo con una convención propia de comunidad lingüística”*.

El lenguaje oral es determinante en el desarrollo mental y en el proceso de socialización del ser humano. La adquisición del sistema lingüístico, interrelacionado con el medio, favorece el desarrollo del proceso mental y social, ya que pone en contacto con la realidad creando formas de atención, memoria, pensamiento, imaginación, generalización, abstracción...

Sufrir dificultades lingüísticas/comunicativas puede ocasionar una serie de problemas secundarios, como rabietas, baja cantidad y calidad de interacciones sociales, e incluso problemas emocionales y de autoestima. No debe considerarse que éstos sean inherentes al trastorno, sino que a menudo están causados o mediados por múltiples factores, como la forma en que se interactúa con ellos. Fernández – Perrone et all. (2015)

En Intervención comunicativa sobre los problemas de Comportamiento, E. G. Carr y cols. (1996), afirmaron que, *“las conductas problemáticas funcionan como una forma primitiva de comunicación para aquellos sujetos que todavía no poseen o no utilizan formas de comunicación más complejas, que les permitan influir en los demás para obtener resultados deseables”*.

Esto explica por qué, las personas que tienen poco o incluso carecen de lenguaje, presentan conductas–problema en un porcentaje superior a los individuos que han adquirido lenguaje, porque: a) tienen menos medios para influir sobre los demás, sobre el entorno; b) aprenden a comportarse de un modo problemático para conseguir las mismas metas a las que todos aspiramos.

Así, estas situaciones son difíciles de manejar por parte de la familia, porque tales conductas tienden a interpretarse y a adquirir un valor comunicativo propio. Pasan a formar parte de un repertorio comportamental que despliega para actuar sobre el entorno, por no hablar de los cambios de roles que muchos de ellos experimentan, y estos comportamientos llegan a convertirse en el eje central en torno al que gira toda la familia.

Esta conducta problemática tiene una función para el individuo que la realiza, pudiendo ser un medio de comunicación para aquellas personas cuyas capacidades lingüísticas están gravemente limitadas. Además, la conducta humana está basada en el lenguaje oral. El lenguaje interno y externo contribuye a la organización del comportamiento humano, al conocimiento de las propias

sensaciones y sentimientos, llegando incluso a ser un elemento de autocontrol y modificación de la propia conducta.

Por otro lado, las dificultades con el lenguaje receptivo y expresivo, condicionan posiblemente un mayor retraimiento, que se suele hacer visible como un menor inicio de conversaciones y menor respuesta a iniciativas de otros. Indudablemente se instaura un círculo vicioso: las dificultades lingüísticas provocan una reducción de interacciones y, a su vez, esto implica menos oportunidades para desarrollar la competencia comunicativa (Aguado, 1999). Es frecuente que estos niños se manejen mejor con adultos, ya que para ellos es más fácil interpretar sus intenciones así como adaptar el lenguaje.

En el caso concreto de niños con TDAH, los trastornos de lenguaje suelen presentarse en el 20% aprox. de los casos. Estos niños suelen comunicar bastante bien y se expresan con claridad, pero a la hora de realizar los ejercicios es cuando presentan problemas y su rendimiento está por debajo de los niños normales. Probablemente, esto sea debido a que para realizar las tareas es necesario la atención, tranquilidad, concentración, organización... y los niños con TDAH presentan déficit en todos estos aspectos, por lo que puede ser causa de la asociación de dichos trastornos.

Los niños con TDAH son muy habladores y a veces no saben reconocer y cambiar el tipo de lenguaje al contexto que se está dando, puede ser debido a que no piensan ni se concentran en adaptar un tipo de lenguaje a otro. Miranda et al (1999).

Según Bruner, 1984 (citado en Rivera, 2009), el *lenguaje* es fruto del pensamiento, pero también es modulador del mismo, y ambos son controladores de la acción y de la conducta humana. Hay que añadir que los aspectos emocionales tienen un proceso íntimamente ligado a ellos. Cualquier proceso cognitivo tiene asociado una correlación emocional (Ardilla & Ostrosky – Solís, 2008).

En el caso de las personas con autismo, la mayoría de los programas de educación y tratamiento que se aplican actualmente citan el desarrollo del lenguaje y de la comunicación social como uno de sus objetivos principales (Rutter, 1985). Para las personas con autismo, el nivel logrado en competencia comunicativa está directamente relacionado con el desarrollo de la conducta social (Garfin y Lord, 1986). Además, hay evidencia preliminar de que el desarrollo de las habilidades comunicativas está directamente relacionado con la reducción de la conducta social inaceptable y anómala (Carr y Durand, 1985; Smith, 1985), un problema significativo para la mayoría de las personas con autismo. Así, la competencia comunicativa puede ser un determinante primario de la extensión con la que un sujeto con autismo puede participar en las rutinas y actividades diarias en su escuela, casa, y comunidad.

Los Trastornos del Desarrollo del Lenguaje y la Comunicación son de muy diverso origen y variadas características. Es un hecho comprobado que la mayoría de niños afectados en procesos semánticos, fonológicos y sintácticos pueden presentar secuelas en su desarrollo conductual, social y afectivo.

Para ello, E.G Carr, en su Hipótesis de la Comunicación, propone dotar al individuo de nuevas habilidades, de enseñar formas que pueden utilizarse para influir en otras personas, y alcanzar así metas importantes, minimizando los problemas de conducta.

4. Metodología

a. Desarrollo de la investigación

La metodología de este trabajo está basada en la realización de *proyecto de investigación teórico-experimental, consistente en una síntesis crítica de una línea de investigación vinculada a la logopedia y a algunos de los departamentos que imparten docencia en el Grado, con el propósito de hacer alguna contribución al estado de la cuestión*. El proyecto en cuestión, tratará de demostrar la contribución de la intervención logopédica al diagnóstico diferencial en los Trastornos graves de la Comunicación y el Comportamiento, a partir de una intervención de un caso real tras, aproximadamente, un año de intervención logopédica.

En primer lugar, se establece un marco teórico en el que se abordaron los diversos Trastornos del Neurodesarrollo, los diferentes criterios diagnósticos existentes y la comorbilidad de los mismos, así como su influencia en la Comunicación y Comportamiento.

Para ello, se consultaron los manuales más relevantes en el diagnóstico de los Trastornos del Neurodesarrollo como ha sido el Manual diagnóstico y estadístico de los Trastornos Mentales (DSM – 5, 2013) y estudios avalados por reconocidos autores en el campo de la Comunicación, y el Comportamiento, recopilados de diversas fuentes de información así como portales de difusión de la producción científica (DIALNET, GOOGLE ACADÉMICO, MEDLINE...).

A continuación, se hará una referencia a los datos personales y clínicos del caso real para, posteriormente, llevar a cabo una evaluación formal e informal del mismo. Una vez determinadas las necesidades de intervención y la hipótesis diagnóstica sobre la que trabajar, se fijan los objetivos generales y específicos de intervención para así, realizar una pormenorizada exposición de la intervención logopédica llevada a cabo a lo largo de, aproximadamente, un año.

En el apartado de resultados, se plasman los datos obtenidos en una segunda evaluación con las mismas pruebas formales utilizadas inicialmente, para poder establecer una comparativa de dichos resultados y así, obtener una serie de conclusiones sobre la Contribución de la intervención logopédica al diagnóstico diferencial en los Trastornos graves de la Comunicación y el Comportamiento, problemática entrañada inicialmente.

b. Datos del caso

G. A., A, con F.N. nació el 21/11/2011, sin antecedentes personales ni familiares, procede de embarazo controlado de curso normal. Parto por cesárea programada en la semana 38 por pérdida del bienestar fetal. Hija de padres sanos, no consanguíneos y segunda de dos hermanos.

Acude a guardería desde los 19 meses de edad, presentando un mutismo casi total, limitándose a vocalizaciones y jergas rudimentarias no funcionales. Desde el propio centro educativo hablan con los progenitores, quienes, preocupados por la ausente intencionalidad comunicativa, acuden a la pediatra. En este momento, A. es derivada al *Centro Base de Salamanca*, emitiéndose una resolución diagnóstica de Retraso Madurativo por etiología no filiada con un grado de delimitación en la actividad del 40%. Recibe atención logopédica en el centro base, desde los 20 meses, dos veces por semana.

A los dos años y nueve meses, es derivada por el *Centro Base* a la *Unidad de Foniatría y Logopedia - Servicio ORL del Complejo Asistencial Universidad de Salamanca*, para valorar el retraso del lenguaje que presenta. Tras realizar las pruebas pertinentes, se diagnostica de Retraso del Lenguaje Expresivo Fonológico – Sintáctico.

Es escolarizada en primer curso del ciclo de Educación Infantil en un colegio ordinario sin adaptación curricular, recibiendo, dos días a la semana, con una duración de una hora, atención por el PT y AL del centro.

A nivel curricular, no comprende ni expresa y no va adquiriendo los conocimientos propios de su edad. En este momento se recomienda, desde el centro escolar, rehabilitación logopédica y apoyo pedagógico externo, acudiendo a la Clínica de Rehabilitación Integral “LOGOS” en marzo de 2015.

En las primeras sesiones de observación-evaluación se detecta un retraso en la adquisición de los prerrequisitos del lenguaje (atención, imitación, fijación-seguimiento de la mirada), con una ausencia de intencionalidad comunicativa y un repertorio lingüístico mínimo e ininteligible. En cuanto a su conducta y comportamiento social, evita jugar con iguales y busca preferentemente la presencia adulta. Se han realizado sesiones grupales con el fin de observar el comportamiento social pero rehúye y aísla, refugiándose en sí misma.

A esto, se asocia la presencia de alteraciones conductuales, rasgos de inatención e impulsividad, en todos los contextos (colegio, calle, domicilio, clínica...).

Ante el presente cuadro clínico y, en concordancia con el servicio de ORL, se solicita consulta en el Servicio de Psiquiatría y Neurología Infantil en el Hospital Clínico Universitario de Salamanca. Tras la exploración física y clínica, se detallan signos sugerentes de Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, con una presentación clínica hiperactivo-impulsiva, iniciándose un tratamiento farmacológico con Rubifen.

c. Evaluación inicial

i. Introducción

En el momento de la evaluación inicial la niña tenía una edad cronológica de 3 años y 8 meses. En base a los diagnósticos con los que había sido derivada y ante las primeras observaciones realizadas, se consideró necesario evaluar las capacidades generales y la edad madurativa. Por otro lado, se

realiza una evaluación de los distintos componentes del lenguaje (fonética y fonología, léxico y semántica, morfología y sintaxis y pragmática), así como un registro de conductas.

La elección de las pruebas se hizo siguiendo los siguientes criterios: las pruebas tendrían que estar estandarizadas en español, debían ser sencillas en cuanto a estudio, aplicación y corrección y no debían ser excesivamente extensas.

Así, las pruebas seleccionadas para dicho cometido fueron la *Guía Portage de Educación Preescolar*, *PLON – R* y *Registro Fonológico Inducido*.

Por otro lado, se pensó necesario realizar un registro narrativo de las alteraciones conductuales observadas; las cuales, fueron anotadas en las *Tablas de Comportamiento ABC*.

De forma paralela se realiza una evaluación de las estructuras y funciones orofaciales con el *Protocolo de evaluación miofuncional infantil basado en la observación subjetiva*.

ii. Descripción de las pruebas

A continuación, de manera sintetizada, se expondrán las fichas técnicas de las pruebas de evaluación seleccionadas, citadas con anterioridad.

Tabla 6

Ficha técnica Guía Portage de Educación Preescolar

Autores	Bluma, Shearer, Frohan, HilliardS. M. Bluma, M. S. Shearer, A. H. Frohman y J. M. Hilliard
Año de publicación	1976 (Edición Revisada)
Objetivo principal	Ayuda a evaluar las conductas que el niño está aprendiendo y a proporcionar técnicas sugeridas para enseñar otras conductas.
Rango de edad	0-6 años.
Tiempo de aplicación	Variable, sin límite de tiempo
Niveles lingüísticos evaluados	Se miden cinco áreas del desarrollo infantil (socialización, lenguaje, autoayuda, cognición y desarrollo motor).
Materiales de aplicación	Lista de objetivos para registrar el progreso de desarrollo del niño en cada una de las áreas exploradas. Un fichero que enumera los posibles métodos para conseguir los objetivos. Un manual con las instrucciones. 578 fichas para exploración e intervención.

Tabla 6 Ficha técnica Guía Portage de Educación Preescolar

Tabla 7

Ficha técnica PLON – R (Prueba del Lenguaje Oral Navarra Revisada)

Autores	Gloria Aguinaga Auerra, María Luisa Armentia López de Suso, Ana Fraile Blázquez, Pedro Olangua Baquedano, Nicolás Uriz Bidegain.
Año de publicación	2004
Objetivo principal	Detección rápida o screening del desarrollo del lenguaje oral.
Rango de edad	4-6 años.
Tiempo de aplicación	15-20 minutos (dependiendo del sub-test).
Niveles lingüísticos evaluados	Fonética y fonología, léxico y semántica, morfología y sintaxis y pragmática.
Materiales de aplicación	Hojas de registro según edad, cuaderno de estímulos, fichas de colores, cochecito, sobre con viñetas y sobre con rompecabezas.

Tabla 7 Ficha técnica PLON – R (Prueba del Lenguaje Oral Navarra Revisada)

Tabla 8

Ficha técnica RFI (Registro Fonológico Inducido)

Autores	Marc Monfort y Adoración Juárez Sánchez
Año de publicación	1989
Objetivo principal	Que el niño denomine primero en expresión inducida y luego en repetición cada imagen que se le presentan (es decir, las 57 tarjetas). Se anota la articulación que el niño hace de cada palabra para posteriormente analizarla.
Rango de edad	3-7 años
Tiempo de aplicación	10-15 minutos
Niveles lingüísticos evaluados	Fonética y fonología
Materiales de aplicación	Hojas de registro y láminas ilustradas

Tabla 8 Ficha técnica RFI (Registro Fonológico Inducido)

De forma simultánea, como se explicó anteriormente, se creyó necesario realizar un registro de las conductas observadas, ya que eran alarmantes y fuera de la norma.

Este registro de datos, se realizó en consonancia con los progenitores pues, se requería un registro conductual en diferentes ámbitos y momentos del día.

El Modelo A-B-C es una herramienta heurística desarrollada inicialmente por Ellis A., teórico cognitivo-conductual. La estructura a seguir, deberá ser la de una tabla dividida en tres secciones para registrar los comportamientos: "Antecedentes-Comportamiento-Consecuencia". Esto requiere que se escriba qué es lo que provocó el comportamiento, el Comportamiento en sí, y lo que ocurrió a continuación como resultado. Se realiza por observación directa, para poder pasar los datos al análisis, donde se tendrá en cuenta: contexto general, contexto interpersonal, conducta problema y reacción social del entorno.

De esta forma, tal y como recoge Children's Health System (2010), las tablas comportamentales ABC, permiten tomar conciencia del motivo que desata el comportamiento disruptor, anómalo o repetitivo del niño, determinando el grado positivo o negativo del mismo, o su frecuencia.

Como se explicó con antelación se realizó una evaluación de las estructuras y funciones orofaciales con el *Protocolo de evaluación miofuncional infantil basado en la observación subjetiva*.

El protocolo de exploración interdisciplinaria orofacial para niños y adolescentes es una herramienta útil y sencilla que posibilita la detección de alteraciones morfológicas y/o funcionales del sistema estomatognático y facilita la derivación y la interrelación entre pediatras, otorrinolaringólogos, logopedas y odontólogos.

El protocolo se compone de 6 factores: a) anamnesis; b) desarrollo general; c) desarrollo evolutivo (alimentación, motricidad, hábitos de autonomía, articulación y fonación); d) antecedentes familiares; e) valoración estructural orofacial (labios, nariz, lengua, paladar duro, paladar blando, mandíbula y dentadura); f) valoración de las funciones orofaciales (respiración, succión, masticación, deglución, reflejos, hábitos orales, articulación y fonación).

III. Resultados

a. Guía Portage de Educación Preescolar

En base a su edad, se evalúa el grado de madurez, con la escala 3-4 años. Los resultados obtenidos son negativos, no teniendo adquiridas las capacidades generales ni habilidades requeridas (no hace un uso correcto del futuro, no es capaz de prestar atención durante 5 minutos a la lectura de un cuento, no cuenta dos sucesos en el orden en que ocurrieron...).

A continuación, descendiendo un nivel de la Guía Portage, se evalúan las destrezas correspondientes a los 2-3 años. En este nivel los resultados son más satisfactorios. No obstante, no tiene adquiridos ni consolidados varios de los ítems expresados en la escala. Los resultados son mejores en las áreas de autoayuda (85.2% de los ítems) y desarrollo motor (70.6% de los ítems), observándose grandes

dificultades en lenguaje (30% de los ítems) y cognición (56.25% de los ítems). En el ítem que más dificultad ha mostrado, es en socialización (25 % de los ítems)

A., presenta una adquisición del 53.1% de los ítems de desarrollo madurativo de 2–3 años, frente a los 3 años y 8 meses de edad cronológica.

b. PLON – R (Prueba del Lenguaje Oral Navarra)

De acuerdo con la edad cronológica de A., le correspondía el cuaderno de evaluación PLON 3 años. Los resultados obtenidos, se expresan a continuación:

- Produce expresiones bisilábicas, con una longitud de frase de 2 palabras, omitiendo palabras de contenido no funcional.
- En cuanto a los contenidos del lenguaje, no designa las imágenes correspondientes a 3 años.
- Los peores resultados se dan en los apartados de fonología y morfosintaxis, en el nivel expresivo del léxico y en las relaciones espaciales.

Los tres apartados que se evalúan en la prueba son forma, contenido y uso, y los resultados obtenidos en los mismos son “retraso”, “necesita mejorar” y “necesita mejorar” respectivamente.

c. RFI (Registro Fonológico Inducido)

Se observan diversas alteraciones en la pronunciación de distintos fonemas como:

- Omisión de vibrante múltiple.
- Omisión de los fonemas fricativos /f, θ, s/
- Omisión africada /tʃ/
- Sustitución de fonemas oclusivos bilabiales, /b/ por /p/.
- Omisión fonema velar /g/.
- Omisión fonema linguoalveolar lateral /l/.
- Simplificación de diptongos crecientes y decrecientes.
- Simplificación de codas con omisión del fonema nasal /n/, fonema lateral /l/.
- Simplificación de ataque complejo.

Tomando como referencia el estudio elaborado por la psicóloga, Bosch L. (1982), quien establece la edad en que debe tenerse adquirido cada fonema, grupo consonántico, proceso sistémico y estructural.

En relación al desarrollo del sistema fonológico, nuestro sujeto en función de su edad cronológica (3 años y 8 meses), debería tener adquiridos y consolidados los fonemas /m/, /n/, /ñ/, /p/, /t/, /k/, /b/, /x/, /l/, /ʎ/, /diptongos crecientes/ con una competencia del 90%. En base a esto, nos encontramos ante un sujeto con un desarrollo fonético–fonológico inferior a su edad cronológica.

No obstante, la adquisición del diptongo decreciente, se adquiere en el intervalo de edad de 5 a 6 años, por lo que este error también entraría dentro de lo normal. En cuanto a la simplificación del

ataque complejo, también se corresponde al desarrollo óptimo del niño, ya que la combinación /pl/ se adquiere entre los 4 y los 5 años; /fl/ entre los 5 y 6 años/; y /dr/ a partir de los 6 años.

d. Tablas de Comportamiento ABC.

Con el fin de preservar la fiabilidad que aporta esta registro conductual, se llevó a cabo un examen diario, con una duración de 15 días aproximadamente alternando días laborales con sábados y festivos (que permitan observar la conducta en periodo académico y de descanso). Se realiza de forma conjunta con la familia, pidiendo que se procuren evitar juicios de valor, y etiquetas o pseudo-etiquetas diagnósticas.

Observamos conductas repetitivas y compulsivas que perduran en el tiempo. Tiene interés restringido por beber agua, encender y apagar la luz, subir y bajar cremalleras, repetición de frases y palabras invariables, comer salchichas, pintarse los labios, ponerse los tacones de su madre..., exige realizar las mismas rutinas al llegar del colegio, ducharse siempre con el mismo collar o escuchar la misma canción de manera repetitiva. Se muestra desafiante, le cuesta cambiar de idea y si no consigue lo que quiere se vuelve agresiva.

Ha desarrollado episodios de hipersensibilidad auditiva a la música alta, ruido del claxon, motos, verbenas, murmullo de gente...

Los primeros días, durante la sesión, su patrón conductual se limitaba a correr y saltar de un lado para otro, encender y apagar la luz, subirse por las mesas, emitir vocalizaciones ininteligibles, meter la punta de los rotuladores, romper las hojas al pintar, pintar únicamente con color negro...

Con estos datos, los resultados eran alarmantes considerándose, conductas desadaptativas, en cuanto a intensidad, duración e intervalo.

e. Protocolo de evaluación miofuncional infantil

Se ha observado una hipotonía facial generalizada cursando con un patrón respiratorio bucal. En cuanto a la valoración de la funcionalidad de los órganos bucales (labios, lengua, mejillas) se determina una falta de tonicidad, motricidad y coordinación, generando dificultades en la adquisición de determinados fonemas lo que conlleva alteraciones articulatorias.

En relación con las funciones orofaciales (Respiración, Succión, Masticación, Deglución, Reflejos) no se observan alteraciones ni hábitos orales anómalos.

f. Síntesis diagnóstica

Una vez realizadas y corregidas todas las pruebas previamente expuestas, se puede observar el retardo o retraso que A. presenta, en relación en todas habilidades madurativas (socialización, lenguaje, autoayuda, cognición y desarrollo motor).

En las pruebas específicas del lenguaje, presenta un nivel fonético-fonológico con grandes alteraciones. De igual forma, los resultados obtenidos en el PLON (3 años), están por debajo de lo que correspondería por edad cronológica en cuanto a forma, contenido y uso.

El diagnóstico con el que fue derivada al servicio de Logopedia de la Clínica “LOGOS”, era de Retraso Madurativo con un Retraso del Lenguaje en la vertiente sintáctico – fonológico. Sin embargo, una vez realizada esta primera evaluación, basándose en las pruebas diagnósticas, se ha considerado que la hipótesis diagnóstica final sea de retraso del lenguaje expresivo y receptivo, con una acusada labilidad comprensiva.

Por otro lado, tanto las conductas observadas durante las sesiones de intervención como las expresadas por su contexto más cercano, se encuentran fuera de la norma, considerándose conductas desadaptativas, en cuanto a intensidad, duración e intervalo de tiempo. Siendo las más preocupantes los movimientos estereotipados, hipersensibilidad a los cambios, intereses restringidos, patrones ritualizados, rehuir del contacto con iguales, podrían corresponder a los criterios diagnósticos del DSM 5, 2013, del Trastorno del Espectro Autista, aportando respuestas al patrón conductual presentado.

En diciembre de 2015, A., es derivada para ser evaluada por el *Servicio de Infoautismo de la Universidad de Salamanca*.

g. Necesidades de intervención

De los datos registrados tras la evaluación y estudio de la misma, surgen diversas necesidades de intervención hacia múltiples y diversas direcciones. Surgen dificultades en:

- La adquisición de los prerrequisitos comunicativos
- Aparición de la intencionalidad comunicativa
- El desarrollo y maduración de los diferentes niveles lingüísticos
- La adquisición de reglas básicas de conducta
- En la aparición de habilidad perceptivas de contingencia entre sus acciones y las reacciones y consecuencias de su grupo
- El autocontrol y evitación de patrones estereotipados
- El desarrollo de estrategias socioemocionales

d. Planificación de la intervención logopédica

i. Objetivos de la intervención

El programa de intervención en trastornos graves de la comunicación y comportamiento propuesto para dar respuesta a la amplia variedad diagnóstica y sintomatológica del sujeto llevaba vigente desde el mes de abril del año 2015, dos meses antes de mi llegada.

Es absolutamente imprescindible tener en cuenta que el programa de objetivos y necesidades de intervención propuesto, parte de las necesidades encontradas en la evaluación, con una síntesis diagnóstica confusa y abierta. Por este motivo, dicho programa, es amplio y abarca diversos componentes y niveles. Consta de nueve objetivos generales (OG) y varios objetivos específicos (OE)

que permitirán alcanzar los objetivos principales. No obstante, estos objetivos han sido jerarquizados en orden de prioridad y necesidad de intervención.

Si consideramos la Hipótesis de la Comunicación de Carr, la máxima de intervención sería la implementación de habilidades comunicativas al individuo y así, de manera indirecta, enseñarle premisas de intervención social, alcanzando metas importantes, minimizando los problemas de conducta.

Así, tomaremos como punto de partida de la intervención los repertorios básicos y prerrequisitos comunicativos.

A continuación, en la tabla adjunta, se exponen los objetivos generales y específicos.

Tabla 8

Objetivos generales y específicos de intervención

OBJETIVOS GENERALES (OG)	OBJETIVOS ESPECÍFICOS (OE)
Instaurar los prerrequisitos comunicativos (OG1)	OE1. Favorecer el contacto ocular OE2. Desarrollar la capacidad de imitación OE3. Prolongar el tiempo de atención ante el mismo estímulo OE4. Desarrollar el juego simbólico OE5. Facilitar el seguimiento de instrucciones OE6. Favorecer el desarrollo de los hábitos de cooperación OE7. Promover la intención de acción OE8. Potenciar la reciprocidad de la información OE9. Mejorar la discriminación y seguimiento rítmico OE10. Mejorar la discriminación auditiva OE11. Potenciar la memoria a corto y largo plazo
Mejorar la fluidez verbal (OG2)	OE1. Eliminar las ecolalias OE2. Eliminar las estereotipias OE3. Potenciar la fluidez conversacional
Desarrollar un competente nivel pragmático (OG6)	OE1. Establecer los turnos de habla OE2. Conseguir el mantenimiento del tópico conversacional OE3. Instaurar reglas conversacionales OE4. Desarrollar habilidades narrativas OE5. Desarrollar la función mediadora del lenguaje OE6. Favorecer la identificación y comprensión de absurdos
Desarrollar un competente	OE1. Establecer las relaciones semánticas básicas

nivel morfosintáctico (OG5)	<p>OE2. Adquirir las palabras – función</p> <p>OE3. Adquirir una correcta estructura sintáctica: SVC</p> <p>OE4. Relacionar una frase con su significado</p>
Desarrollar un competente nivel semántico (OG4)	<p>OE1. Relacionar signficante con significado</p> <p>OE2. Trabajar el vocabulario por campos de interés</p> <p>OE3. Conseguir un léxico funcional</p> <p>OE4. Favorecer la comprensión de órdenes sencillas</p> <p>OE5. Desarrollar la capacidad connotativa y denotativa</p> <p>OE6. Favorecer la capacidad de categorización</p> <p>OE7. Generalizar el uso del vocabulario a todos los contextos</p> <p>OE8. Establecer relaciones causales</p>
Conseguir un correcto desarrollo fonético y fonológico (OG3)	<p>OE1. Trabajar la articulación aislada de fonemas en las tres posiciones de palabra de forma directa e inversa</p> <p>OE2. Automatizar y generalizar la articulación de los diferentes fonemas</p>
Mejorar el tono, control y movimiento orofacial (OG7)	<p>OE1. Aumentar el tono labial</p> <p>OE2. Favorecer el sellado labial</p> <p>OE3. Aumentar la tonicidad de las mejillas</p> <p>OE4. Favorecer el tono y motricidad lingual</p> <p>OE5. Favorecer el movimiento contracción - distensión de las narinas</p> <p>OE6. Estimular la musculatura velofaríngea</p>
Desarrollar habilidades socioemocionales (OG8)	<p>OE1. Enseñar rutinas sociales</p> <p>OE2. Entrenar en estrategias socioemocionales</p> <p>OE3. Fomentar la cooperación</p> <p>OE4. Entrenar en habilidades de empatía</p> <p>OE5. Enseñar estrategias instrumentales simples</p> <p>OE6. Favorecer la percepción de contingencias</p> <p>OE7. Provocar la manifestación de su estado de ánimo</p> <p>OE8. Identificar las emociones de las personas de su alrededor</p>
Establecer pautas conductuales (OG9)	<p>OE1. Proporcionar modelos de conducta tranquila y reposada</p> <p>OE2. Establecer pautas que le ayuden a evitar situaciones de euforia</p>

OE3. Entrenar en autocontrol utilizando autorregistros que permitan valorar los progresos

OE4. Ofrecer pautas conductuales y de evitación de conflictos en el contexto familiar

Tabla 8 Objetivos generales y específicos de intervención

ii. Propuesta de actividades

1. Metodología de actuación

En este apartado, se expondrá la intervención llevada a cabo con A., en un tiempo de, aproximadamente un año (el sujeto tenía 3 años y 8 meses en el inicio de la intervención).

La intervención ha estado orientada hacia la adquisición y desarrollo de todas las competencias necesarias para conseguir un desarrollo comunicativo–lingüístico, social y conductual acorde con su edad cronológica y superar todas las alteraciones observadas y, recogidas, en el apartado de necesidades de intervención.

Este continuo se ha realizado con la participación e involucración constante de la familia, que ha estado muy preocupada por su evolución. La familia registraba todas las conductas que subjetivamente consideraban “alarmantes” y las traían a la clínica cada quincena, aproximadamente. El trabajo con la familia ha consistido, como se explicará a continuación, en establecer una serie de pautas comportamentales y de autocontrol, evitando siempre el refuerzo de conductas negativas. En numerosas ocasiones, los familiares recurren a prácticas que consideran beneficiosas para el menor, sin embargo, lejos de la realidad, lo que generan es el refuerzo y establecimiento de dichos patrones. En el momento inicial, como se ha explicado con anterioridad, no se pudo establecer un programa de intervención concreto, sino que se fue estructurando y construyendo en base a las necesidades que iban emergiendo así como la evolución y desarrollo que el sujeto, ante la intervención logopédica, iba proyectando.

Para cualquier aprendizaje es necesario despertar en el sujeto intereses, necesidades de exploración y descubrimiento del entorno próximo, habilidades de mantenimiento atencional, control ocular, juego referencial y ficticio, adaptación a los turnos de una vida interactiva e imitación. Antes de comenzar la intervención en el lenguaje propiamente dicha, se deberá tener la seguridad de que en el niño se dan algunos requisitos imprescindibles.

2. Actividades

Se propusieron actividades funcionales muy simples, empleando reforzadores musicales y de juego. Se trabajaron esquemas simples como introducir objetos en recipientes o respuesta a modelos de gesto–verbalización de “toma” y “dame”, juegos de interacción que desarrollen motivaciones de relación, anticipación, demandas y peticiones.

Paralelamente, se fueron introduciendo juegos de simulación e imitación. Muchos de estos juegos de simulación están basados en situaciones cotidianas del sujeto como puede ser el contexto escolar. A través de la recreación de un aula de colegio, trabajando contenidos curriculares como los números, se puede establecer un juego simbólico en el que se ponga en práctica habilidades pragmáticas y sociales. Es muy importante procurar ambientes muy estructurados, predecibles y fijos, que faciliten las habilidades de anticipación. Un ambiente estructurado es aquel donde el niño sabe y conoce las pautas básicas de comportamiento y donde el adulto es quien dirige la situación.

No son actividades estructuradas o cerradas donde esperamos una respuesta fija por parte del sujeto. Estas son las actividades donde debemos estar lo más alerta posible y responder consistentemente ante conductas comunicativas verbales o gestuales y, aunque estas conductas no sean intencionales, debemos hacerlas funcionales. De igual forma, para favorecer la aparición de conductas de petición es necesario manipular algunos objetos o situaciones que generen con mayor probabilidad estas conductas, como ponerlos fuera de su alcance o realizar preguntas acerca de lo que quiere.

Otros de los contenidos, que de forma prioritaria se han trabajado, son los hábitos de autonomía, comunicación–socialización y autorregulación de la conducta. Para estas actividades se ha tomado como referencia el manual de Delgado y cols., 1990 y la propuesta de actividades que realizan para lograr unas habilidades cognitivo–sociales y socio–emocionales. Algunas de ellas son: a) contacto ocular, proximidad y contacto físico; b) coorientación de mirada con o sin llamamiento; c) llamadas de atención funcionales sobre hechos, objetos o sobre sí mismo; d) uso funcional de emisiones, vocalizaciones, palabras o frases; e) uso de sonrisa como contacto social; f) petición de ayuda; g) búsqueda de elementos del rostro significativos para la expresión socio–emocional, a través de fotografías; h) ejercicios de asociación de caras esquemáticas con expresiones emocionales diferenciadas con respecto a historias narradas por el adulto; i) tareas para enseñar que otras personas tienen deseos, pensamientos...; j) tareas para enseñar a adoptar el punto de vista receptivo de otra persona.

Por otro lado, se han sugerido actividades para trabajar las habilidades pragmáticas. Estas habilidades se han trabajado a partir de absurdos. Los absurdos son incongruencias que requieren de un cierto nivel de razonamiento para ser comprendidas. Con A., se ha trabajado su detección y posterior análisis y comentario, a partir de imágenes (una señora andando por el fondo marino, un teléfono con un plátano por auricular...). La toma de turnos se ha comprendido de una forma muy lúdica (sólo podía hablar quien tuviese la pelota en sus manos); de esta forma, se trabajaba simultáneamente la autorregulación, las anticipaciones y el carácter predictivo.

El programa “Enséñame a hablar”, es el material sobre el que se ha apoyado la intervención con el propósito de lograr una adecuada intencionalidad comunicativa, estructuración del lenguaje, nivel

léxico, respuesta a preguntas, realización de descripciones... se trata de un maletín con una batería de dibujos y pictogramas donde cada uno representa una palabra: sujetos, verbos, complementos, adjetivos, adverbios, preposiciones y nexos (organizados por códigos de colores según la función de la palabra). Estos pictogramas se hacen corresponder con otras tarjetas en las que aparece la palabra escrita. De igual forma, el maletín dispone de una serie de láminas simples y láminas complejas donde aparecen uno o varios personajes realizando diferentes actividades. Todas las láminas están construidas con verbos transitivos que responden a las preguntas, ¿qué hace el sujeto?, ¿dónde está?, ¿cómo es?...

Con esta metodología, lo que se pretende inicialmente es trabajar la atención y memoria aprendiendo el nombre y rasgos físicos de cada uno de los personajes. Una vez conseguido esto, se estructurarán frases simples de sujeto+verbo+complemento, respondiendo a las preguntas previamente planteadas. Esta estructuración pretende ser integrada y automatizada en el lenguaje espontáneo del sujeto.

Como se observó en la evaluación, a través del Protocolo de evaluación miofuncional infantil, A., refiere una hipotonía facial generalizada cursando con un patrón respiratorio bucal. Esta hipotonía está generando dificultades en la adquisición de determinados fonemas lo que conlleva alteraciones articulatorias.

Para lograr este aumento de tono, coordinación y motricidad, se trabajó inicialmente el esquema y reconocimiento corporal sobre imágenes, en el espejo y, por último, sobre sí mismo. Además se ha trabajado la sensibilidad a través de texturas, temperaturas y objetos de diferentes tamaños. Por otro lado, se han realizado ejercicios isotónicos e isométricos, de contracción–distensión, a través de instrumentos vibratorios y tapping.

En la cúspide de la intervención se pretende estimular la funcionalidad comunicativa de forma primordial, aprovechando todos los intentos o inicios de interacción comunicativa para, de esta forma también, mejorar el léxico expresivo y receptivo.

Los niños con TEL tienen un vocabulario más reducido que los niños con un desarrollo normal del lenguaje. Esto se debe a las alteraciones en la *Memoria a Corto Plazo* (MCP) y las representaciones fonológicas inadecuadas. Los objetivos de la intervención léxica van a ser dos: aumentar el volumen del vocabulario y activar las relaciones entre las distintas entradas léxicas del diccionario mental.

Para evitar el aburrimiento y despertar el interés en el niño, el léxico se ha trabajado por centros de interés (campo, ciudad, cuerpo humano, animales, árboles, oficios, etc.). A partir de relato de cuentos, denominación de los objetos de una imagen, imaginando historias divertidas..., se favorece la organización léxica (favorece el léxico expresivo y receptivo), a la vez que se pone en práctica las capacidades mnésicas y articulatorias.

La comprensión se ha potenciado a través de órdenes y seguimiento de instrucciones simples. Inicialmente, se ha trabajado a partir de órdenes muy simples con una sola cláusula (¡tócale la nariz!, ¡levántate!, ¡coge el lápiz! Una vez conseguido esto, se ha pasado a dar varias órdenes simultáneas. Cuando al sujeto se le dan varias órdenes seguidas éstas no deben estar relacionadas semánticamente, ya que lo que se persigue es la comprensión basada en la estructura de la oración. Algunos ejemplos pueden ser: “¡coge un lápiz y da un salto!”, “¡dame la goma que tiene dibujada un caracol!”. De esta forma, se trabaja simultáneamente el léxico de conocimientos básicos.

Para una buena articulación se requiere de una buena discriminación auditiva y rítmica. Así, se han realizado sesiones de discriminación rítmica y de sonidos del medio, del propio cuerpo, de sonidos del habla, de sonidos superpuestos... así como discriminación y repetición de ritmos. Con esto, se pretende que el sujeto sea capaz de respetar la estructura silábica, favoreciendo la inteligibilidad.

Una vez expuesto la intervención comunicativo-lingüístico y social realizada, explicaré las pautas conductuales llevadas a cabo. En la intervención de conductas problemáticas, como rabietas o autolesiones, hemos de actuar impidiendo siempre su refuerzo, a través de conductas alternativas o incompatibles. Para esto se ha realizado, a lo largo de todo el proceso de intervención, el registro de conductas junto a sus desencadenantes y consecuencias (tablas de Comportamiento ABC) con la familia, de forma conjunta.

A partir de técnicas de evitación de los estímulos desencadenantes, la extinción, “el tiempo-fuera” podemos analizar la funcionalidad de la conducta e intentar establecer una correlación entre la conducta y el objetivo de la misma. En numerosas ocasiones, estas conductas tienen una intención comunicativa (petición, escape o llamada de atención). En este punto de la intervención, el objetivo que planteo es la detección de esta intencionalidad para así, poder enseñar a A., estrategias de conversión con habilidades más sociales y comunicativas.

De forma simultánea y conjuntamente con la familia, se han dado pautas y técnicas de autocontrol y autoinstrucciones. Así, se han usado técnicas de autoevaluación y autorrefuerzo, donde se ha enseñado al sujeto a hablarse a sí mismo, para continuar con verbalizaciones sobre la conducta-problema, su objetivo y los errores que comete, del tipo “lo estoy haciendo bien”, “me he portado mal”, “esto no se hace”.

5. Resultados

Tras, aproximadamente, un año de intervención, se realiza una reevaluación, teniendo A. una edad cronológica de 4 años y 7 meses.

Con los meses transcurridos, ha pasado el tiempo prudencial para poder evaluar al sujeto con la misma batería de pruebas y obtener unos datos objetivos y fiables.

Por otro lado, en este apartado, se mostrará, de una forma gráfica y sintetizada, una comparativa entre los resultados obtenidos en las pruebas estandarizadas (Guía Portage de Educación preescolar,

PLON y Registro Fonológico Inducido). De forma simultánea, se procede a estudiar la relación entre los datos adquiridos y los datos referidos a “la norma”.

a. Resultados del proceso de reevaluación

i. Guía Portage de Educación Preescolar

En el proceso de evaluación inicial se obtuvo un desarrollo general, de todos los niveles, de 2-3 años, frente a los casi cuatro de la menor. En esta segunda evaluación, no se parte de la edad cronológica de la paciente sino de los ítems no adquiridos en la primera observación, obteniéndose unos resultados satisfactorios en todos los ítems correspondientes a esa edad. Por este motivo, se evalúan las destrezas de la edad de 3-4 años. Los resultados obtenidos son adecuados en autoayuda (100% de los ítems) y desarrollo motor (86.67% de los ítems); sin embargo, presenta un desarrollo menor en socialización (66,6 % de los ítems), lenguaje (58,3 % de los ítems) y cognición (75% de los ítems). No obstante, el porcentaje de ítems adquiridos supera el 50% en todas las áreas.

El nivel de autoayuda alcanzado, como se citó anteriormente, es del 100%, por lo que se evalúa esa área con los ítems correspondientes a su edad cronológica, dando como resultado un dominio del 52,17%.

Teniendo en cuenta los resultados, podemos afirmar que, A., tiene adquirido el 77,34% de los ítems de 3 a 4 años, frente a los 4 años y 7 meses de edad cronológica.

No obstante, si se comparan los resultados obtenidos en la primera evaluación con los obtenidos en este segundo estudio, se observa un desarrollo exponencial en las 5 áreas, quedando reflejado en las siguientes Figuras 1 y 2.

Al tratarse de una prueba, cuyos resultados no están referidos a norma, se ha hecho una estimación de dichos resultados.

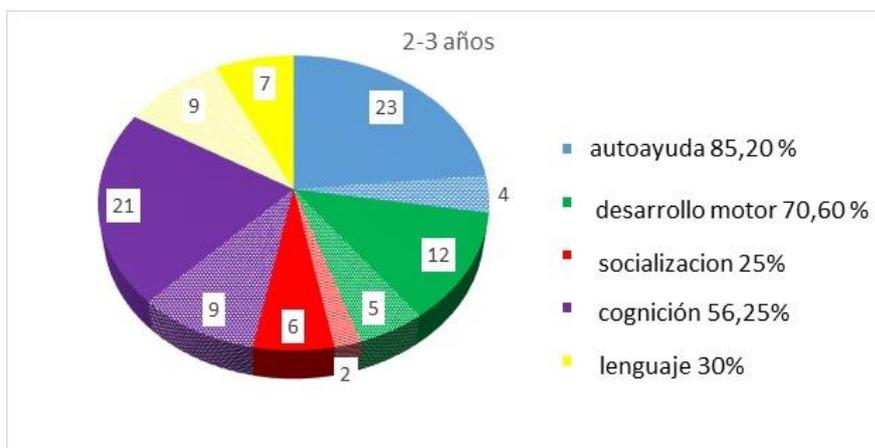


Figura 1. Resultados primera evaluación Guía Portage de Educación Preescolar.

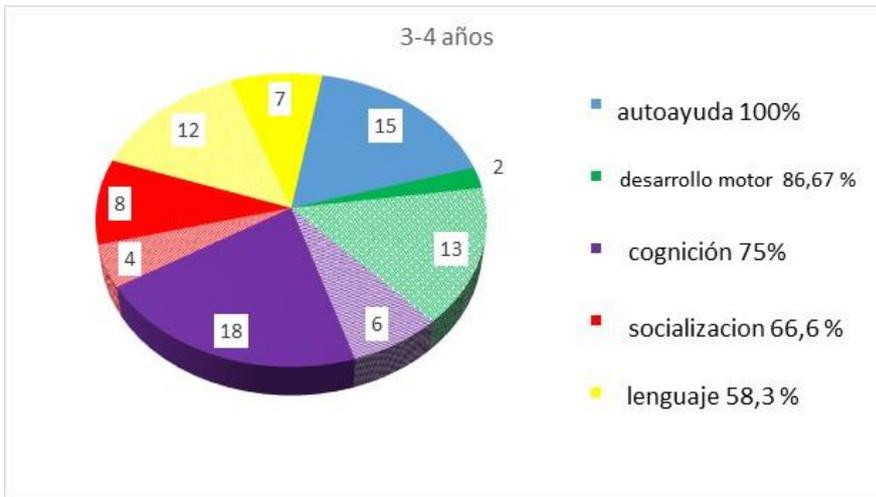


Figura 2. Resultados segunda evaluación Guía Portage de Educación Preescolar.

El sujeto, a lo largo de un año, ha adquirido, desarrollado y generalizado los ítems “no alcanzados” en la evaluación inicial (53,1 % de los ítems para una edad de 2 a 3 años), obteniendo un dominio del 77,34% de los ítems del estadio superior (3 a 4 años).

Si paralelamente, comparamos el dominio alcanzado en cada área, el avance ha sido similar y estable en todas las destrezas, obteniéndose un mayor incremento en el desarrollo lingüístico y social.

i. PLON –R (Prueba del Lenguaje Oral Navarra)

En base a la edad cronológica de A., se inicia la segunda evaluación con las hojas de registro de 4 años. Se traza un perfil de resultados de “necesita mejorar” en contenido y uso, con una puntuación correspondiente a “retraso” en forma. Obtenidos estos resultados, se procede a la evaluación del nivel inferior (PLON 3), donde se obtiene un perfil de resultados “normal” en forma, contenido y uso.

En la Figura 3, se visualiza la evolución experimentada en cuanto a forma, contenido y uso.

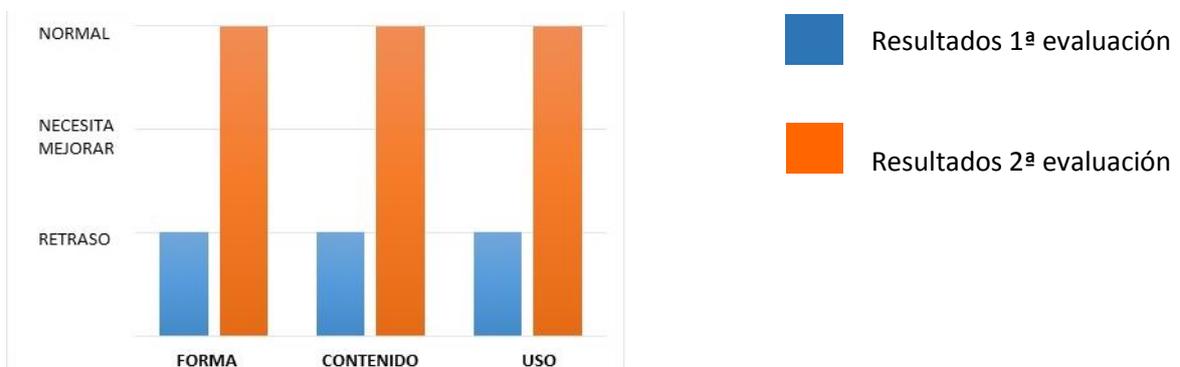


Figura 3. Comparativa resultados primera y segunda evaluación PLON 3.

Si se compara el sector de barras azul, referente a la primera evaluación, con el referido a la segunda evaluación, se observa un gran avance. Cierto es, que no hemos de obviar, que ambos resultados se

han obtenido con la evaluación del PLON 3, un año inferior a los correspondientes por edad cronológica.

También cabe destacar que, si analizamos los resultados obtenidos en cada área estudiada, el sujeto, actualmente, tiene un nivel superior en forma y uso, tal y como reflejan los resultados del PLON 4.

ii. RFI. Registro fonológico inducido

Se han registrado fallos de:

- Simplificación de diptongos crecientes (/pie/ → /pee)
- Omisión de consonantes en posición final (/pan/ → /pá/)
- Lateralización de vibrantes (/caramelo/ → /calamelo/)
- Semiconsonantización de líquidas (/clavo/ → /cavo/)
- Simplificación del ataque silábico complejo (/bruja/ → /buja/; /preso/ → /peso/)
- Omisión de vibrante múltiple.
- Omisión fonema velar /g/j/ en posición inicial de sílaba

Al igual que en la primera evaluación, se toma como referencia el estudio de Bosch L. (2004), en función de su edad cronológica (4 años y 7 meses), debería tener adquiridos y consolidados los fonemas /m/, /n/, /ñ/, /p/, /t/, /k/, /b/, /x/, /l/, /diplofonos crecientes/ y /nasal + c/ con una competencia del 100% y en 90% los fonemas /d/, /g/, /f/, /tj/.

Para obtener unos resultados válidos y fiables, debemos tener en consideración que la adquisición del diptongo decreciente, se adquiere en el intervalo de edad de 5 a 6 años, por lo que este error también entraría dentro de lo normal. En cuanto a la simplificación del ataque complejo, también se corresponde al desarrollo óptimo del niño, ya que la combinación /pl/ se adquiere entre los 4 y los 5 años; /fl/ entre los 5 y 6 años; y /dr/ a partir de los 6 años.

Así, teniendo en consideración dichos aspectos y su edad cronológica, faltan por adquirir los fonemas /x/, /f/, /g/, /r/ de forma espontánea pues, en repetición, los produce.

En base a estos resultados, afirmamos que en esta área es donde mayor desarrollo y evolución ha experimentado el sujeto, pasando de tener un patrón muy por debajo de lo que le correspondería por edad cronológica, con un habla casi ininteligible, a situarse dentro de la norma.

Este gran desarrollo, se visualiza en las siguientes Figuras 4 y 5:

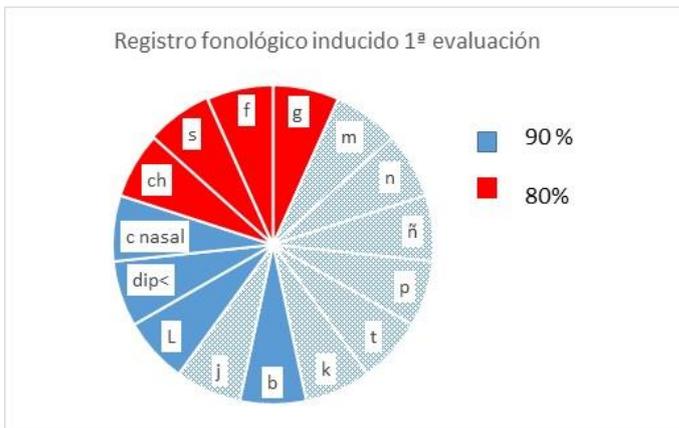


Figura 4. Resultados primera evaluación Registro Fonológico Inducido.

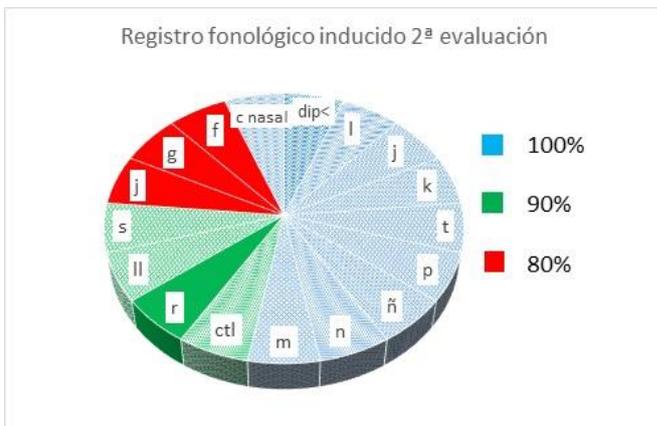


Figura 5. Resultados segunda evaluación Registro fonológico inducido.

Si bien el gráfico de la primera figura, muestra, a grandes rasgos, lo que podríamos considerar una alteración del desarrollo fonético fonológico donde el sujeto no habría adquirido los fonemas correspondientes a un criterio del 90% (porcentaje de población que produce de forma correcta este elemento), en la segunda figura, el sujeto ha adquirido la totalidad de los fonemas acordes a un criterio del 100%, faltando cuatro fonemas (/j/g/f/r/) relativos a criterios inferiores.

Por este motivo, las alteraciones en el patrón fonético–fonológico deben ser consideradas como dislalias evolutivas.

iii. Tablas de Comportamiento ABC.

Las conductas denominadas como “alarmantes”, y que la familia ha estado recogiendo en este formato de registro, han disminuido notoriamente. En el momento actual han disminuido las conductas autolesivas, se ha reducido la actividad obsesiva ante determinados objetos (maquillaje) y es más flexible en sus rutinas. No obstante, perduran las frases estereotipadas y la hipersensibilidad a los ruidos.

Durante las sesiones de intervención, ha cambiado su actitud por completo, mostrándose receptiva y colaborativa, siendo capaz de tener un adecuado nivel de concentración y atención mantenida. Por

otro lado, es capaz de distinguir entre comportamientos positivos y negativos, así como lo correcto e incorrecto, o lo peligroso y seguro.

iv. Protocolo de evaluación miofuncional infantil

Los avances observados en el área miofuncional han sido mucho menores que en el resto de destrezas. La intervención, aunque trabajado este ámbito, ha estado enfocada en casi su totalidad, en estimular y desarrollar las funciones comunicativas de A., pasando a segundo plano la intervención miofuncional.

6. Conclusiones

Una vez expuestos en el apartado anterior, los resultados obtenidos y la evolución experimentada a lo largo de un año de rehabilitación, es evidente la contribución de la intervención logopédica y la importancia de la misma.

Como se ha hecho saber a lo largo del presente documento, nos encontrábamos ante un confuso diagnóstico diferencial, así como de la direccionalidad del influjo sintomatológico del mismo. Ante esta desalentadora situación y con unas referencias bibliográficas casi inexistentes para este caso real, gracias a una adecuada evaluación a partir de una serie de pruebas de evaluación logopédicas y, a pesar de carecer de un diagnóstico concluyente, se dio inicio a una intervención. Esta intervención se ha basado y se ha ido modificando en la medida de las necesidades observadas.

Basándome en la experiencia personal y en los resultados obtenidos en el presente estudio, afirmo que el éxito de una buena intervención reside en una la correcta elección del material de evaluación y en adecuar nuestro programa de intervención a las necesidades funcionales observadas, obviando las etiquetas y/o encasillamientos diagnóstico–teóricos.

Cuando nos encontramos ante un caso de confuso diagnóstico o a la espera de una evaluación multidisciplinar, el tiempo corre en contra del sujeto y, toda estimulación precoz es ínfima. Debemos concienciar al resto de profesionales de la importancia de la estimulación e intervención en los estadios iniciales así como de sus máximos rendimientos. Hemos de instaurar una red de intervenciones interdisciplinares con un fin último.

Una vez fundamentada la hipótesis diagnóstica y teniendo en consideración las corrientes teóricas en que nos hemos basado, recopilamos la cita de J. Campos-Castelló, S. Briceño-Cuadros (2002) “El desarrollo del lenguaje no puede aislarse de otros aspectos del proceso de maduración neurológica, y pese a ser esencialmente un hito cognitivo, no puede dissociarse de los componentes afectivos que interactúan en un ambiente social”.

Con esta premisa volvemos a la pregunta en la que se basaba la justificación teórica, ¿Los trastornos comportamentales, cognitivos y sociales generan dificultades en el desarrollo comunicativo-lingüístico, o son estas dificultades las que ocasionarán alteraciones cognitivas, comunicativas y sociales?. La respuesta es dual; los trastornos comportamentales, cognitivos y sociales generan

dificultades en el desarrollo comunicativo–lingüístico y viceversa. Se ha comprobado una comorbilidad entre las alteraciones semánticas, sintácticas y fonológicas y el desarrollo conductual, social y afectivo. Esto reafirmaría la premisa de Carr que, en su Hipótesis de la Comunicación, proponía dotar al individuo de nuevas habilidades, de enseñar formas que pueden utilizarse para influir en otras personas, y alcanzar así metas importantes, minimizando los problemas de conducta. Si desde otra perspectiva, nos ceñimos meramente a afirmar o refutar la contribución de la intervención logopédica al diagnóstico diferencial en los Trastornos graves de la Comunicación y el Comportamiento, los resultados son concluyentes. En este caso real, el sujeto en una evaluación inicial refería un desarrollo aproximadamente dos años por debajo de su edad cronológica para, tras un año de intervención alcanzar un desfase de un lapso de un año.

Con todo lo expuesto con anterioridad, y basándonos en los resultados objetivos obtenidos, podemos afirmar la hipótesis planteada al inicio del presente proyecto de investigación; las alteraciones comunicativas–lingüísticas del paciente, dan respuesta a las múltiples alteraciones conductuales y sociales acontecidas. Este hecho, conduce al planteamiento de que los trastornos del desarrollo son numerosos y complejos, pudiéndose observar en población sana y en diversos cuadros. Esta circunstancia dificulta en ocasiones, como ha sido en el presente caso real, establecer los límites entre la normalidad y anormalidad o entre trastornos considerados diferentes.

La intervención ha sido realmente fructífera permitiendo asentar aspectos teórico–prácticos en el ámbito logopédico para, simultáneamente, iniciar posibles nuevas vías de investigación.

Así, las fuentes bibliográficas consultadas y los resultados obtenidos tras una ardua investigación, permiten concluir:

- Resulta necesario, a la vez que funcional, realizar una amplia evaluación y, en base a los resultados obtenidos en la misma, realizar un programa de intervención que se irá modificando a medida que se generen los avances en el sujeto. Evitaremos realizar una intervención centrándonos única y exclusivamente en una etiqueta diagnóstica.
- Es muy importante que el diagnóstico se realice a partir de los síntomas nucleares que afectan a un individuo y, partiendo de él, profundizar en el estudio de los trastornos comórbidos que, si no se abordan correctamente, pueden llevar en algunos casos al fracaso terapéutico o, cuando menos, a no brindar a los pacientes todos los apoyos que permitan mejorar su calidad de vida. Sin un diagnóstico adecuado estaremos abocados a una intervención ineficaz.

De igual forma, se lanza un órdago a posibles nuevas vías de investigación con el fin de que den respuesta a las numerosas cuestiones suscitadas a lo largo de dicho documento.

Ante una ausencia, confusión diagnóstica o posible pluridiagnóstico, ¿qué base teórica sustentará la intervención de nuestro sujeto?, ¿qué trastorno o problema será susceptible de

intervención de forma prioritaria, el actual o el sospechoso a la espera de evaluación?, ¿es posible dar un diagnóstico específico en los momentos iniciales o es posible iniciar una intervención a la espera de resultados y evolución?, ¿qué ocurriría cuando hay una confluencia de síntomas correspondientes a diversas alteraciones diagnósticas?

7. Referencias bibliográficas

Webgrafía

Bishop DV y Snowling MJ. (2004). *Developmental dyslexia and specific language impairment: same or different?* *Psychol Bull.* 130(6):858-86. Retrieved from

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15535741>

Erin Carroll, M.S., Doug Tynan, P.D. y Lynn Chaiken, M.S.W. (2010). *El ABC de las tablas del comportamiento*. Recuperado de:

<https://www.nemours.org/content/dam/nemours/wwwv2/filebox/service/health/parenting/tips/10comportamiento.pdf>

Bibliografía

Aguado G. (1999). *Trastorno específico del lenguaje. Retraso del lenguaje y disfasia*. Málaga: Aljibe

Amador Campos, J.A. y Edith Kineger, V (2003). *TDAH, funciones ejecutivas y atención*. Facultad de Psicología, Barcelona.

American Psychiatric Association. (2013). *Trastornos del desarrollo neurológico. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5*. Arlington, VA.

Ardila, A. & Ostrosky, F. (1991). *El Diagnóstico del Daño Cerebral: Un Enfoque Neuropsicológico [Diagnosis of Brain Damage: A neuropsychological Perspective]*. Mexico: Editorial Trillas.

Arnedo Montoro M, Bembibre Serrano J., Montes Lozano A y Triviño Mosquera M. (2015). *Neuropsicología Infantil. A través de casos clínicos*. Madrid: Panamericana.

Artigas – Pallarés J. y Narbona J. (2011). *Trastornos del neurodesarrollo*. Barcelona: Viguera.

Bosch L. (2004). *Evaluación fonológica del habla infantil*. Barcelona: Masson

Bruner, J. (1984). *El desarrollo de los procesos de representación. Acción, Pensamiento y Lenguaje*. Madrid: Alianza ED.

Campos-Castelló, J. y Briceño-Cuadros, S. (2002). Trastornos de la comunicación: diagnóstico diferencial. *Revista de Neurología* 2002; 35 (supl 1): S36-S44

Carr, E., y Durand, V. M. (1985). The social-communicative basis of severe behavior problems in children. In S. Reiss y R. Bootzin (Eds.). *Theoretical issues in behavior therapy* (pp. 219-254). New York: Academic Press.

Carr, Edward G. et al. (1996): *"Intervención comunicativa sobre los problemas de Comportamiento"*. Madrid: Alianza Psicología.

Fernández – Perrone A.L, Martín Fernández – Mayoralas D, López Arribas M.S. y Fernández Jaén, A. Psicopatología comórbida en las alteraciones del neurodesarrollo. En M. Arnedo Montoro, J. Bembibre Serrano, A. Montes Lozano y M. Triviño Mosquera. *Neuropsicología Infantil. A través de casos clínicos*. Madrid: Panamericana, 2015; p. 345 – 54.

- Fresneda M.D y Mendoza E (2005). Trastorno Específico del Lenguaje: concepto, clasificaciones y criterios de identificación. *Revista de Neurología* 2005; 41 (Supl 1): S51-S56
- Garfin, D., y Lord, C. (1986). Communication as a social problem in autism. In E. Schopler y G. Mesibov (Eds.). *Social Behavior in autism* (pp. 133-152). New York: Plenum.
- Miranda, A., Jarque, S., Soriano, M (1999). Trastorno de hiperactividad con déficit de atención: polémicas actuales acerca de su definición, epidemiología, bases etiológicas y aproximaciones a la intervención. *Revista De Neurología*. 28, (Supl 44 2), S 182- S 188.
- Monfort, M. (2004). Intervención en niños con trastornos pragmáticos del lenguaje y la comunicación. *Revista de Neurología* 2004; 38 (supl 1):S85-S87
- Mulas, F., Etchepareborda M. C, Díaz-Lucero, A. y Ruiz-Andrés. R. (2006). El lenguaje y los trastornos del Neurodesarrollo. Revisión de las características clínicas. *Revista Neurología* 2006; 42 (Supl 2): S103-S109.
- Rapin I, Allen DA. *Developmental language disorders: nosologic considerations*. In Kirk U, ed. *Neuropsychology of language, reading and spelling*. New York: Academic Press; 1983
- Rivera Arrizabalaga, A. (2009). *Arqueología del lenguaje*. Madrid: Akal.
- Roch Lecours A, Lhermitte F. *L'aphasie*. Paris: Flammarion, *Presses de l'Université de Monstreal*; 1980. p. 54
- Rutter, M. (1985). The treatment of autistic children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 26, 193-214.
- Villegas Pérez A.B y Navarro Gutiérrez I. *Trastorno pragmático del lenguaje*. En M. Arnedo Montoro, J. Bembibre Serrano, A. Montes Lozano y M. Triviño Mosquera. *Neuropsicología Infantil. A través de casos clínicos*. Madrid: Panamericana, 2015; p. 245–54.
- Willcutt, E. G. (2012). The Prevalence of DSM-IV Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Meta-Analytic Review. *Neurotherapeutics*, 9, 490-499

ANEXO I. Ejemplos hojas de registro referidas en la evaluación

Registro Fonológico Inducido

Nombre y Apellidos: A. F. Nacimiento: 21/11/2011

Centro: Curso: F. Aplicación: 27/5/2016

ITEMS	EXPRESIÓN ESPONTANEA	REPETICIÓN		A	E	I	O	U
1. moto	oto	woto	P					
2. boca	B		T					
3. piña	B		M					
4. piano	piñao	piñao	K					
5. pala	B		D					
6. pie	pee	pie	N					
7. niño	niño	niño B	L					
8. pan	pañ	pa	F					X
9. ojo	B		J					
10. llave	pala	B	B					
11. luna		luna B	G					
12. campana	-laboo-	pañana	Z					
13. indio	nina	B	S					
14. toalla	vetido	B	RR					
15. fuma	niño	zuma	R					
16. dedo	uña	B	CH					
17. peine	peno	peno	LL					
18. ducha	B		Ñ					
19. gafas	dafas	dafas	...L				X	
20. toro	todo	B	...N	X				
21. silla	B		...R					
22. taza	vaso	B	...S					
23. cuchara	B	B	BL					
24. teléfono	-telefono	B	CL					
25. sol	70	702	FL					
26. casa	B		GL					
27. pez	B		PL					
28. jaula	casas	zoda	BR					
29. zapato	patato	B	CR					
30. flan	-labo	zan	DR					
31. lápiz	lapis	B	FR					
32. pistola	B		GR					
33. mar	modeda	man	PR					
34. caramelo	camameo	calameo	TR					
35. plátano	patano	patado						
36. globo	cebola	cbbo						
37. palmera	aboi	panmeda						
38. clavo	padillo	cauo						
39. tortuga	totuga	tortuga						

inversión / sustitución

φ diptongo

φ r / r / r / r

sustitución / b / & / m /

sust. / / / / / / /

φ diptongo

sust. / / / / / / /

φ r / r / r / r

ss / / / / / / /

ss / / / / / / /

ss / / / / / / /

ss in / / / / / / /

ss gl - ad

φ r / r / r / r

φ r / r / r / r

ITEMS	EXPRESIÓN ESPONTANEA	REPETICIÓN
40.pueblo	cosa	pedo
41.tambor	-tabor	-tabor
42.escoba	cepillo	egoba
43.mariposa	mamposa	
44.puerta	casa	peeta
45.bruja	boja	buja
46.grifo	ava	difo
47.jarra	para	para
48.tren	te	te
49.gorro	dato	dado
50.rata	peduche	data
51.cabra	ceba	raba
52.lavadora	maro	badadoro
53.preso	nino	peso
54.semáforo	de e coche	semate
55.fresa	peca	fesa
56.árbol	abo	abo
57.periódico	libo	periokido

sum
 pr
 r fuel l fuel
 r fuel l fuel
 d - o k

OBSERVACIONES

Simplificación de diptongos
 omisión fonemas posición inversa final de sílaba omisión de consonante final

70% (velares) → d
 100% d

r → d

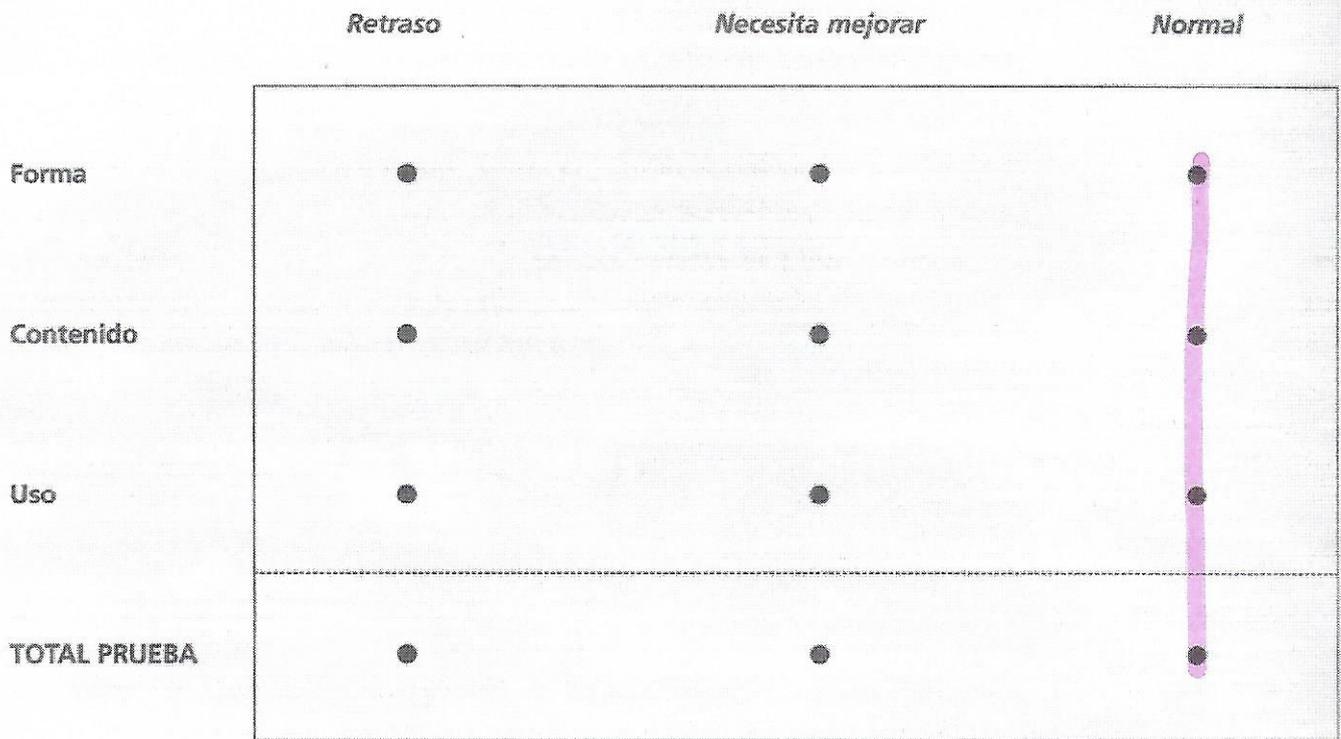
omisión rr → r (70%).

lateralización de vibrantes → caramelo → calamelo

semiconsonantización de líquidas → clavo -o cava.

simplificación del ataque silábico completo. buja / peso / fesa
 bruja / preso / fresa.

Perfil de resultados



Resumen de puntuaciones

Forma

	PD	PT
Puntuación total (Máx: 5)	4	53 Normal
Fonología	0	
Morfología-Sintaxis	4	
Repetición de frases	2	
Expresión verbal espontánea	2	

Contenido

	PD	PT
Puntuación total (Máx: 6)	6	72 Normal
Léxico	2	
Nivel comprensivo	1	
Nivel expresivo	1	
Identificación de colores	1	
Relaciones espaciales	1	
Partes del cuerpo	1	
Acciones básicas	1	

Uso

	PD	PT
Puntuación total (Máx: 3)	3	69 Normal
Expresión espontánea ante una lámina	2	
Interacción espontánea a lo largo de la prueba	1	
PUNTUACIÓN TOTAL PLON-R (MÁX: 14)	13	72 Normal

	33	Explora activamente su medio ambiente			
	34	Toma parte con otra persona en juegos que ayudan a desarrollar destreza manual (tira de cuerdas, le da vueltas a la manija)			
	35	Abraza y carga una muñeca o juguete suave			
	36	Repite las acciones que producen risa o atraen la atención			
	37	Entrega un libro al adulto para que lo lea o lo comparta con él			
	38	Jala a (tira de) otra persona para mostrarle alguna acción u objeto			
	39	Cuando está cerca de un objeto prohibido, retira la mano y dice "no" cuando se le recuerda			
	40	Espera a que se le satisfagan sus necesidades, cuando se le pone en la sillita de comer o en la mesa en que se le cambian los pañales			
	41	Juega con 2 ó 3 niños de su edad			
	42	Comparte objetos o comida con otro niño cuando se le pide			
	43	Saluda a otros niños y a adultos conocidos cuando se le recuerda			
2-3	44	Obedece a los padres el 50% de las veces	NO		
	45	Puede traer o llevar un objeto o traer a una persona de otro cuarto, si se le dan instrucciones	NO		
	46	Durante 5-10 minutos presta atención a música o cuentos	NO		

		SOCIALIZACIÓN		
Nivel de Edad	Fic ha	Objetivo ya dominado	Fecha de logro	Comentarios
	47	Dice "por favor" y "gracias" cuando se le recuerda	NO	
	48	Trata de ayudar a los padres en las tareas domésticas haciendo parte de ellas (sujeta un recogedor de basuras)	NO	
	49	Juega a disfrazarse con ropa de adulto	NO	
	50	Escoge cuando se le pide	NO	
	51	Muestra que comprende los sentimientos expresando amor,	NO	

ANTECEDENTE ¿Qué ocurrió justo antes o qué lo desencadenó? ¿A qué hora del día? ¿Dónde?	COMPORTAMIENTO	¿Cuánto duró?	¿Con qué intensidad? (Bajo a alto)	CONSECUENCIA ¿Qué ocurrió justo después? ¿Cómo actúa el entorno?
LUCES. ENCENDIDO Y APAGA LUCES.	LUCES DE DENTRO DEL COCHE, Y LAS DE CASA, LOGOPEDIA, HOSPITAL,	NO MUCHO LAS QUE VAN LAS DEL COCHE	MEDIA	LA RINDE PERO LA DA LO MISMO, SE VITA EL SINTOMA Y LO HACE.
BOTONES Y CREMALLERAS	ABROCHA Y DESABROCHA BOTONES Y CREMALLERAS A LA GENTE.	SI LA DEJO BASTANTE	ALTA	LA BOY UN TOQUE, SIGUE Y LA TENCION QUE REÑER MAS VECES
LA PALABRA PERITO	LO DICE MUY AGENUNDO, AHORA YA ME NOS, DICEN MAS LO DE IBARON	UN MINUTO MAS O MENOS	MEDIA ANTES ALTA	NO LA DIGO NADA, LA CAMBIO DE CONVERSACION.