

31104 - Atención temprana en comunicación y lenguaje

Apuntes de la asignatura

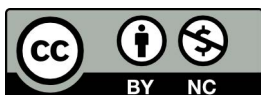
FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y
DE LA EDUCACIÓN DE HUESCA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y
HUMANAS DE TERUEL

GRADO EN MAGISTERIO EN EDUCACIÓN PRIMARIA

Profesoras: Dra. Raquel Casanovas López y Dra. M^a Lourdes Alcalá Ibáñez

rcasanovas@unizar.es y mlalcala@unizar.es

Raquel Casanovas López y M^a Lourdes Alcalá Ibáñez
Atención temprana en comunicación y lenguaje. Apuntes de la asignatura
1^a edición. Zaragoza, 2026
Edita: Servicio de Publicaciones. Universidad de Zaragoza
ISBN: 979-13-88046-16-2



Servicio de Publicaciones
Universidad Zaragoza

Índice

Bloque I. Aspectos conceptuales y organizativos del a Atención temprana en el ámbito de la comunicación y del lenguaje	1
BLOQUE II Procesos de detección y evaluación en el ámbito comunicativo y del lenguaje	26
BLOQUE III Programas de intervención en el ámbito comunicativo y del lenguaje. Intervención desde la escuela. Recursos de intervención.	69
BLOQUE IV La familia como eje de la Atención Temprana en comunicación y lenguaje.	94



Documento bajo [licencia de Reconocimiento-NoComercialCompartirIgual 4.0 Internacional de Creative Commons](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/).

BLOQUE I

Bloque 1. Aspectos conceptuales y organizativos de la Atención Temprana en el ámbito comunicativo y del lenguaje

Objetivos:

Con este bloque pretendemos que el alumnado consiga los siguientes objetivos:

1. Conocer y comprender las ideas básicas incluidas en el concepto de Atención temprana.
2. Conoce los aspectos básicos del desarrollo para asesorar a los miembros de la comunidad educativa a nivel de atención temprana, con especial énfasis en la prevención y atención a signos de alarma en el desarrollo comunicativo y del lenguaje de los niños y niñas.
3. Adquiere los conocimientos teóricos y metodológicos relacionados con momentos y procesos educativos en la etapa 0-6 años, con el fin de aplicar y promover el mejor desarrollo comunicativo y del lenguaje en distintos escenarios

INTRODUCCIÓN

La atención temprana (AT), en primer lugar, es un campo de trabajo e investigación que ha ido evolucionando en los últimos cincuenta años y, **en segundo lugar, un tipo de intervenciones** destinadas a la población infantil que por diferentes causas sufren problemas en su desarrollo. Debe reconocerse que, la AT ha experimentado, sin duda, un progreso importante en nuestro país, no sólo porque hoy en día está al alcance de prácticamente todas las familias –dado que la Administración la ha incorporado a la red de servicios, y en algunas comunidades la financia en su totalidad–, sino porque se ha consolidado una experiencia profesional de gran envergadura.

Sin ningún tipo de reservas, el progreso de la AT debe atribuirse fundamentalmente al trabajo entusiasta de un sector amplio de profesionales de todo el estado que han ido adquiriendo experiencia y formación, permitiendo la construcción de una red vertebrada, con un frecuente intercambio de experiencias y de reflexión sobre algunos aspectos del desarrollo futuro en este ámbito. En tercer lugar, es también evidente el incremento de la sensibilización de las familias y de la sociedad en general, así como de los sectores profesionales afines a la AT. (Verdugo, 2018)

A lo largo del bloque I abordaremos la definición de atención temprana, la evolución que ha tenido en los últimos años y los modelos que han propiciado que el entorno familiar sea el protagonista del proceso. Se trata de un cambio importante, en las culturas (en la manera de pensar) y en las prácticas de los profesionales. Bien es cierto que el propio [Libro Blanco \(GAT;v 2000\)](#) apunta ya en esta dirección y que muchos profesionales están por la labor; pero, sin duda, es este el desafío más importante para los próximos años.

1. HISTORIA DE LA ATENCIÓN TEMPRANA

La historia de la Atención Temprana (AT) en España (1) se remonta a los años 70 y, desde entonces, ha ido evolucionando hasta la actualidad en función de las necesidades de la población y de los profesionales implicados en ella. En un principio, fue la iniciativa particular la que atendía a la población infantil que presentaba alguna discapacidad¹. Las instituciones, atendiendo a la demanda existente, fueron tomando medidas. Estas medidas se realizaron por un lado desde Sanidad y Servicios Sociales (que pertenecían en ese momento a la misma estructura administrativa), y por otro lado desde el Sistema Educativo.

En 1978, desde el Ministerio de Sanidad y Seguridad Social, se crea el Instituto Nacional de Seguridad Social (INSS), Instituto Nacional de la Salud (INSALUD) e Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO) y dentro de éste, en el SEREM (Servicio de Rehabilitación de Minusválidos), aparecen los primeros Centros de Estimulación Precoz. En este año el Real Patronato de Atención Educativa plantea un modelo de atención integral, donde prevención de las deficiencias y educación debían estar unidas. Así se crea el [Plan Nacional de Prevención de la Subnormalidad \(PNPS\)](#) y el [Plan Nacional de Educación Especial \(PNEE\)](#).

Con el PNPS aparecen, en los servicios de neonatología y ginecología, los primeros folletos informativos en materia de prevención. Una de las preocupaciones de estos servicios era la formación de los profesionales que se hacían cargo de los niños que presentaban trastornos en el desarrollo. En el PNEE se crean las bases de la futura Educación Especial y de la propia AT. Se habla de aulas de apoyo a la Educación General Básica (EGB), equipos multiprofesionales y la formación que deben tener estos profesionales. El Real Patronato sobre la Discapacidad, en colaboración con el Grupo de Estudios Neonatológicos y Servicios de Intervención (GENYSI), empezó a organizar las Reuniones Anuales Interdisciplinarias sobre poblaciones de alto riesgo de deficiencias y, en el entorno de estas reuniones se formó el grupo de trabajo [Grupo de Atención Temprana \(GAT\)](#).

¹ Debemos tener en cuenta también el cambio que se ha producido tanto en el concepto como de la terminología utilizada en relación a las personas con discapacidad, así como sus derechos.

Este Grupo de profesionales procedentes de toda España elaboró un documento que fue publicado en el año 2000 y que marcó un hito en la historia de la AT. Este documento es el [Libro Blanco de la Atención Temprana](#). Posteriormente, se elaboró el libro [Recomendaciones Técnicas para el desarrollo de la Atención Temprana](#), que vendría a completar el Libro Blanco (4). El GAT, en el año 2002, se constituyó en Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana, cuyos fines son:

- Mejorar la calidad de vida de las familias y de los niños de 0-6 años con trastorno en el desarrollo o con riesgo de padecerlo.
- La sensibilización institucional y social con la pretensión de crear un marco normativo a nivel estatal.
- El desarrollo de la AT en las diferentes autonomías.
- La formación específica y común de los profesionales.
- Investigaciones y proyectos en materias de AT.
- Representación ante las Administraciones Públicas.
- La coordinación de las actuaciones de las diferentes asociaciones.

El GAT ha tenido un peso fundamental en el desarrollo de la AT y en este momento existen Asociaciones de Profesionales en casi todo el territorio español que se reúnen periódicamente para seguir trabajando en ello.

En el año 2004 la misma Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana-GAT, publicó el documento denominado [Organización Diagnóstica para la Atención Temprana \(ODAT\)](#), con el que pretendían elaborar una nueva organización las categorías de diagnóstico según las realidades y necesidades de la atención temprana.

El GAT, consciente de las diferencias existentes en la actualidad entre unas Comunidades y otras en materia de AT, se plantea la importancia de una Ley a nivel Estatal que regule la AT y se le dé el peso que merece. Para todo ello, debemos aunar esfuerzos Salud, Servicios Sociales, Educación y los Centros de Desarrollo Infantil y Atención Temprana (CDIATS), como implicados directos en el desarrollo de los niños; atendiendo a éstos, sus familias y su entorno desde una perspectiva biopsico-social, que les permita realmente mejorar la calidad de vida (8).

2. LA ATENCIÓN TEMPRANA EN ARAGÓN

En el año 1999, se crea la Asociación Aragonesa de Atención Temprana (ASARAT), que forma parte del GAT y, por tanto, tiene los mismos fines y objetivos. Una de las grandes preocupaciones de ASARAT era conseguir el apoyo institucional y contar con un marco normativo que regulara la Atención Temprana en Aragón. El 20 de enero de 2003 se crea la Orden del Departamento de Salud, Consumo y Servicios Sociales, publicada en el [BOA del 5 de febrero de 2003](#), que establece las bases de la AT en Aragón:

- Fijar unos criterios e itinerarios que faciliten la detección de deficiencias y su atención lo antes posible.
- Orientar, informar y dar soporte técnico a las familias.
- Crear un marco de referencia para planificar un servicio asistencial que reorganice al sector, pero racionalizando al máximo los recursos existentes. Se atribuye al Instituto Aragonés de Servicios Sociales (IASS) la dirección del Programa de AT, siendo los Centros Base de éste la única puerta de entrada al Programa.

En 2004, se publica el [Boletín de la Sociedad de Pediatría de Aragón, La Rioja y Soria](#), que tiene como propósito la detección de los niños con trastornos de desarrollo que se debe realizar desde todos los ámbitos: educativo, sanitario y social o por propia iniciativa de los padres, derivando los casos a los Centros Base del IASS con tres sedes en Zaragoza, Huesca y Teruel.

Los Centros Base, después de valorar mediante un equipo formado por Psicólogo, Trabajador Social y Médico Rehabilitador, y, tras analizar a cada uno de los niños derivados, emitirán un dictamen basándose en los criterios de inclusión reflejados en el anexo I de la Orden, indicando la necesidad o no de incluir al niño o niña en el programa de AT. En caso favorable propondrán un programa de intervención individualizada para cada uno de los casos. La ejecución del programa de AT podrá llevarse a cabo en los propios Centros Base del IASS o en los CDIAT de Entidades concertadas.

Para velar por el Programa de la Atención Temprana en Aragón, existe un grupo de expertos (Comisión Técnica de Asesoramiento) de los ámbitos de Salud, Educación, Servicios Sociales, ASARAT y CDIAT, que se reúnen cada 3-4 meses y que elaboran criterios de calidad de AT, siendo el órgano consultivo del director del Programa de AT. Existe una dirección de Internet en la que se puede consultar más información sobre el

programa de AT y donde se pueden conseguir los impresos de solicitud de AT:
<https://www.aragon.es/-/discapacidad.-prevencion-y-atencion-temprana>

ASARAT dispone también de a través de redes sociales:
[https://www.teadiraragon.com/avances-en-atencion-temprana-ii-organizada-por-
asarat/](https://www.teadiraragon.com/avances-en-atencion-temprana-ii-organizada-por-asarat/)

3. CONTROVERSIAS TERMINOLÓGICAS/CONCEPTUALES

Actualmente, se utiliza el concepto de **atención temprana**, que sustituye al originario de **estimulación precoz**, que es como inicialmente se llamó a este tipo de intervenciones. Su finalidad fundamental era el tratamiento del niño/a que tenía alguna deficiencia física, psíquica o sensorial, y que aparecía en los inicios de la vida, con lo cual el término estaba muy ligado al de tratamiento de la discapacidad.

Las intervenciones se basaban en un modelo clínico. Es por lo que la mayoría de los tratamientos se centran en métodos conductuales estructurados para poder enseñar al niño/a nuevas habilidades (De Linares y Rodríguez, 2004). La aplicación de modelos teóricos, dentro de la Psicología, como el **ecológico** y el transaccional, a ámbitos psicoeducativos y las aportaciones de la psicología social, hace que el niño/a sea visto como el resultado de un complejo proceso de interacciones entre el organismo y el ambiente. Hoy es innegable la influencia sobre el niño/a de variables de gran relevancia como el estado emocional de la familia, los apoyos sociales etc., que van a hacer que el concepto de AT cambie de manera significativa.

Hoy en día se asume de manera consensuada el concepto de Atención Temprana según el "[Libro Blanco de la Atención Temprana](#)" como el conjunto de intervenciones, dirigidas a la población infantil de 0-6 años, a la familia y al entorno, que tienen por objetivo dar respuesta lo más pronto posible a las necesidades transitorias o permanentes que presentan los niños con trastornos en su desarrollo o que tienen el riesgo de padecerlos. Estas intervenciones, que deben considerar la globalidad del niño, han de ser planificadas por un equipo de profesionales de orientación interdisciplinar o transdisciplinar." (Libro Blanco de la Atención Temprana, 2011).

Por su parte, la [European Agency for Special Needs and Inclusive Education](#), considera que: "La AT es un conjunto de intervenciones para niños pequeños y sus familias que abarca cualquier acción realizada cuando un niño necesita un apoyo especial para:

- Asegurar y mejorar su evolución personal
- Reforzar las propias competencias de la familia y
- Fomentar la inclusión social de la familia y el niño

Estas acciones deben ofrecerse en el entorno natural del niño, bajo un enfoque orientado a las familias".

La Atención Temprana trata de proporcionar actividades adecuadas a los niños con problemas evolutivos para mejorar sus niveles madurativos en las distintas áreas a lo largo de la vida y en los distintos contextos dónde se relaciona.

En consonancia con el cambio conceptual, existe la necesidad de contemplar un conjunto de actuaciones dirigidas al niño/a pero también a la familia y a la comunidad. Son numerosas las disciplinas científicas que sustentan la base teórica de la AT, como la Neurología, la Psicología del Desarrollo y del Aprendizaje, la Pediatría, la Psiquiatría, Pedagogía, Fisioterapia, Logopedia, etc.

Desde la neurología se fundamenta lo que se denomina neurohabilitación o rehabilitación temprana, en la plasticidad del cerebro en los primeros meses de vida, sobre la base de la activación y aprovechamiento funcional de todas las estructuras del sistema nervioso central que conserven su funcionalidad normal, e incluso de aquellas que presentan funciones incompletas en relación con el daño cerebral. La eficacia de los programas de AT se basa, entonces, en la precocidad de la intervención que depende de la consecución de un diagnóstico precoz de los problemas que van a derivar en patología de neurodesarrollo posterior.

Este diagnóstico permite iniciar un trabajo de forma temprana en los niños y es tanto más eficaz cuanto más anticipada sea, puesto que la capacidad de asimilar e integrar nuevas experiencias es mucho mayor en etapas precoces del desarrollo, gracias a la posibilidad de aumentar las interconexiones neuronales en respuesta a la estimulación del ambiente (Pérez-López y Brito, 2014). Gracias a todas estas disciplinas en las que se fundamenta la AT se obtienen las herramientas necesarias para aportar a los niños con déficits o riesgo de padecerlos un conjunto de actuaciones organizadas y planificadas que les facilitan su proceso madurativo en todos los ámbitos permitiéndoles así alcanzar el máximo nivel de desarrollo e integración social (Quirós, 2009).

En la década de los noventa surge por primera vez el concepto de "Atención Temprana". Según Candel (2005), la AT no debe entenderse como un tratamiento dirigido a un niño, sino como una serie de actuaciones dirigidas a niños, familia y a la comunidad en general. Deja de verse al niño como algo pasivo y se cree en la plasticidad cerebral del sistema nervioso (GAT, 2005), concluyendo de este modo, que el proceso de maduración del cerebro no finaliza con el nacimiento del niño, sino que continúa desarrollándose durante un tiempo, siendo además susceptible de modificación a base de un duro trabajo y esfuerzo (Gútiez, 2005). Es en este momento cuando también se comienza a

dar importancia a los factores ambientales del niño, creyendo que la escasez de recursos pudiera influir en el desarrollo de un posible déficit.

Durante los años 90 también comienza a afianzarse la actividad de la AT gracias a diferentes estudios e investigaciones desde diferentes ámbitos, surge el concepto que se utiliza en la actualidad y que fue consensuado por distintos profesionales en la materia y plasmado en la obra «Libro de Atención Temprana» (GAT, 2005). Siendo dicha obra un referente para todos los sectores implicados en la AT: asociaciones, profesionales, instituciones, investigadores, familiares o cualquiera que esté aventurado a ofrecer una correcta atención a este colectivo.

Hoy en día, los ámbitos y administraciones competentes en materia de AT son los Servicios Sociales, Educación y Sanidad. Estas áreas están reguladas por un marco legislativo tanto de carácter estatal como autonómico que coordina y actúa para asegurar la gratuidad y universalidad de los centros dedicados a la AT en el Estado Español.

Los principales objetivos que se pretenden cumplir son: medidas para la prevención, procurar la detección precoz en la medida de lo posible y la intervención enfocada al desarrollo máximo de facultades físicas, mentales y sociales en los niños diagnosticados.

El modelo descrito por el Grupo de Atención Temprana, tiene una serie de características que se enumeran a continuación (Gútiérrez, 2005):

- a) El Niño como principal agente de su desarrollo.
- b) Cambio al modelo educativo.
- c) Atención unida a la primera evaluación diagnóstica.
- d) Protagonismo de la familia.
- e) Entornos naturales con actividades significativas.
- f) Importancia del apoyo de un equipo de profesionales (multidisciplinariedad).

4. NIVELES DE INTERVENCIÓN EN ATENCIÓN TEMPRANA

En la intervención de la Atención Temprana es necesario que tanto los programas como los servicios que trabajan en el ámbito del niño, niña y de la familia estén relacionados. Podemos distinguir tres niveles en los que se basa esta relación, y son:

I. Nivel primario

El objetivo de la prevención primaria es evitar en la medida de lo posible que la enfermedad o trastorno se produzca. Por lo tanto, los programas de prevención primaria deben llegar a toda la población que pueda tener el riesgo de sufrir un problema de salud.

La prevención primaria incluye planes educativos en el ámbito sanitario, campañas de vacunación y actividades que mejoren el estado físico y nutricional. El servicio de prevención puede prestarse a un individuo o a la población en general, o puede centrarse en individuos que tengan riesgo de sufrir enfermedades específicas.

El papel que juega en este tipo de prevención la Atención Temprana es el de poder identificar los factores que puedan influir en el desarrollo del niño o niña y elaborar, a partir de aquí, normas que permitan evitar la manifestación de deficiencias o trastornos en el desarrollo infantil.

Dicha intervención, si la entendemos como la acción de prevenir la aparición de una enfermedad o trastorno, irá dirigida al niño/a y a la familia del mismo, esté o no en situación de riesgo biológico o social. Esta actuación va dirigida a potenciar la calidad de los estímulos físicos y emocionales que el niño o niña precisa en sus primeros años y que le permitan un adecuado desarrollo de su sistema cognitivo, sensorial y afectivo.

Según el Libro Blanco de Atención Temprana, en el desarrollo de estas actuaciones deberán estar implicados los Servicios de Salud, los Servicios Sociales y los de Educación.

II. Nivel secundario

La prevención secundaria hace referencia a la detección y la intervención precoz de las enfermedades, trastornos o situaciones de riesgo.

Es de vital importancia que se realice una detección temprana de los trastornos en el desarrollo infantil, puesto que será el paso necesario para el posterior diagnóstico y la atención terapéutica.

Según el Libro Blanco de la Atención Temprana, podemos considerar distintas etapas y agentes en la detección de los trastornos del desarrollo. Son los siguientes: etapa prenatal, etapa perinatal y etapa postnatal.

III. **Nivel terciario**

La prevención terciaria entra en funcionamiento cuando ya se ha producido la enfermedad, el trastorno o la situación de riesgo. Como ejemplo de un caso de actuación en Atención Temprana es el nacimiento de un hijo o una hija con discapacidad o la aparición de un trastorno del desarrollo durante los primeros años de vida.

Con este tipo de prevención se busca rehabilitar al paciente para que pueda recuperar sus funciones físicas, psíquicas y sociales.

En Atención Temprana, la prevención terciaria podemos entenderla como el conjunto de actividades o actuaciones que se van a desarrollar, tanto con el niño o niña como con su entorno, con el fin de trabajar en el trastorno del desarrollo que se haya identificado

5. ORGANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN TEMPRANA

Como acción de salud pública, el libro Blanco postula que la Atención temprana debe estar organizada en distintos niveles de coordinación:

- Estatal
- Autonómico
- Interprofesional
- Interinstitucional
- Intrainstitucional
- Recursos comunitarios

Así pues, desde esta perspectiva, el principal objetivo de la atención temprana es que los niños reciban todo aquello que desde la vertiente preventiva y asistencial pueda potenciar su capacidad de desarrollo y bienestar, posibilitando de la forma más completa su integración en el medio familiar, escolar y social, así como su autonomía personal.

Para lograr este objetivo es necesario optimizar el desarrollo del niño a lo largo de la vida, así como en el contexto de desarrollo:

- Deben planificarse las intervenciones que se van a llevar a cabo.
- Es necesario el trabajo de manera coordinada e interdisciplinar formado por distintas especialidades (que deben conocerse entre ellas) tales como:
 - Medicina
 - Psicología
 - Educación
 - Servicios sociales
 - Terapia ocupacional
 - Etc.
- Conocer y tener en cuenta diversos aspectos: el niño, su familia y su entorno.

En su **vertiente preventiva**:

Va dirigida a toda la población infantil, en el sentido de poder descubrir, lo antes posible, los problemas de desarrollo:

- **Detectar los factores que pueden influir de manera negativa** en el desarrollo del niño así poder **intervenir rápidamente** para cancelar o minimizar sus efectos.
-

Para ello, los programas de Atención Temprana **se dirigen a niños y niñas de 0 a 6 años** a los que se detecte algún tipo de limitación en la actividad, discapacidad, trastorno en el desarrollo o riesgo de padecerlos, sin perjuicio de que la faceta preventiva deba extenderse también a todo el ámbito familiar, así como a su entorno próximo.

En el caso de Aragón, quién coordina el programa de Atención Temprana de la Comunidad es el Instituto Aragonés de Servicios Sociales (IASS)² nombrado anteriormente, por lo que podrá atender a aquellos menores que dispongan de residencia estable en la Comunidad Autónoma de Aragón.

Se establecen programas de atención temprana orientados a:

- la prevención
- la consecución del nivel óptimo del desarrollo evolutivo del niño y de la niña, y
- la reducción de las consecuencias negativas de las discapacidades, alteraciones y trastornos del desarrollo.

Cuando así lo entiendan los equipos de valoración de Atención Temprana de los Centros de Atención a la Discapacidad del Instituto Aragonés de Servicios Sociales, quienes normativamente y reglamentariamente deben cumplir lo estipulado en la Orden de 20 de enero de 2003 que regula el programa de Atención Temprana Aragonés, se activará este plan siguiendo el procedimiento y los criterios correspondientes.

El Instituto Aragonés de Servicios Sociales dispone, para la atención temprana de estos menores, de una red de centros de titularidad pública, como son las propias unidades de Atención Temprana ubicadas en los Centros de Atención a la Discapacidad, así como de una red de Centros de Desarrollo Infantil y Atención Temprana contratados. La atención temprana también se extiende a los colegios, dado el carácter inclusivo que tienen, por lo que muchos de los niños valorados por los profesionales de los Centros de Atención a la Discapacidad reciben servicios de atención y apoyo en los centros escolares.

² <https://www.aragon.es/-/discapacidad.-prevencion-y-atencion-temprana>

Igualmente, la faceta preventiva se extiende también al ámbito familiar, cuando se considere procedente, considerado como parte del programa de intervención, por lo que, igualmente, muchas familias pueden recibir programas de seguimiento y establecimiento de pautas para su puesta en marcha en domicilio.

5.1 ¿Quién identifica los trastornos?

En la **población infantil de 0 a 3 años** habitualmente son los **pediatras de atención primaria o médicos de atención primaria** en zonas rurales donde se carece de pediatras.

En la **población infantil de 3 a 6 años y escolarizada**, suelen ser los **Equipos de Orientación Educativa** quienes lo hacen. De las necesidades transitorias o permanentes que presentan los niños con trastornos en su desarrollo motriz, sensorial o cognitivo es responsable el ámbito educativo desde la escolarización de los niños (3 a 6 años).

Los Centros de Atención a la Discapacidad del Instituto Aragonés de Servicios Sociales son los encargados de decidir la necesidad y oportunidad de la intervención dentro de su red de centros. Para ello se basan en la coordinación técnica con el sistema de salud y educativo.

Para los casos identificados por los Centros de Atención a la Discapacidad con problemas o retraso en el desarrollo que precisen centros de atención temprana, se inicia el tratamiento de forma inmediata.

5.2 Criterios técnicos derivación pediátrica al Servicio de Atención Temprana

Existe acuerdo sobre patologías a derivar por parte de los pediatras de Atención Primaria y Especializada a los equipos de valoración en Atención Temprana ubicados en los Centros de Atención a la Discapacidad Instituto Aragonés de Servicios Sociales (IASS), partiendo de la normativa básica en la materia (Orden de 20 de enero de 2003, Boletín Oficial de Aragón 5/2/2003).

Lo más importante es que, además del volante de derivación aportado por el profesional, los padres/tutores deben cumplimentar y firmar la Solicitud de Inclusión en el Programa de Atención Temprana que no debe ser firmada por los profesionales. Son las familias quienes deben presentar toda la documentación en el Centro de Atención a la Discapacidad del IASS, de Zaragoza, Huesca o Teruel competente para la gestión del programa de Atención Temprana.

Los volantes de derivación profesional no pueden ser utilizados por tanto como Solicitud de Valoración, siendo obligado aportar ambos documentos: Solicitud de Inclusión y Volante de derivación.

Los Centros de Atención a la Discapacidad, después de valorar y analizar cada uno de los niños y niñas derivados, emitirán un dictamen indicando la necesidad o no de incluir al niño o niña en el programa de Atención Temprana. En caso favorable, propondrán un programa de intervención individualizado para cada uno de los casos. Para realizar el dictamen, así como para la elaboración de dichos programas de intervención individualizada los Centros de Atención a la Discapacidad solicitarán la colaboración e informes que consideren necesarios a los centros y servicios sanitarios de "SALUD", educativos y sociales. [Atención Temprana - Protocolo de colaboración con el salud - Criterios técnicos de derivación.](#)

5.3. Detección y derivación desde los servicios educativos

Los recursos del sistema educativo deben colaborar en el desarrollo de este programa, tanto en la valoración como en la intervención, cuando el menor está escolarizado en un centro dependiente del Departamento competente en materia educativa.

Procedimiento de derivación desde los colegios

La familia o los tutores legales del menor que deseen que éste se incorpore al programa de Atención Temprana deberán cumplimentar siempre la solicitud para la inclusión en el programa (la solicitud se puede descargar en el siguiente apartado "¿Cómo solicitar la inclusión en el Programa de Atención Temprana?").

- **Alumnado escolarizado en el primer ciclo de la Educación Infantil (0-3 años):** En esta franja de edad la derivación se hace, prioritariamente, desde los Centros de Salud y en estos casos no es necesario informe del centro docente. No obstante, si el niño o niña está escolarizado en un centro público o en un centro dependiente de entidades locales que tengan algún acuerdo con el Departamento de Educación, y desde el propio centro se establece la necesidad de derivación, se entregará a la familia un informe firmado por el director o directora del centro y por el servicio de orientación correspondiente.
- **Alumnado escolarizado en el segundo ciclo de la Educación Infantil (3-6 años):** En esta franja de edad la derivación se hará, exclusivamente, cuando

desde el centro docente se considere necesario, no a propuesta de servicios sanitarios o de la propia familia. Los centros, tanto de titularidad pública como privada, entregarán a la familia el informe referido, firmado por el director o directora del centro y por el servicio de orientación. De no existir este servicio en ese centro, será firmado por el tutor o tutora. Si en el momento de presentar la solicitud la familia tuviera una derivación del pediatra, podrá adjuntarla.

5.4. ¿Cómo solicitar la inclusión en el Programa de Atención Temprana?

A través de Solicitud de inclusión en el Programa de Atención Temprana:

Esta solicitud debe ser acompañada del Informe de derivación pediátrica para los menores no escolarizados en Educación Infantil y del Informe acordado con el sistema escolar para los niños escolarizados en educación infantil.

Se debe aportar la siguiente documentación:

- DNI / NIE del menor o de su representante.
- Hoja de Derivación / Acuerdo, cuando el menor sea derivado por el Centro Escolar, independientemente de que pudiera ser derivado por un Centro de Salud.
- Hoja de Derivación del Sistema de Salud.
- Justificante de la representación legal, tutela o Guardador de hecho, en su caso.
- Fotocopia del Libro de Familia

Otra documentación a aportar:

- Informes facultativos de que se disponga
- Motivo de consulta o derivación

En los Centros de Atención a la Discapacidad, una vez recibida, y validada la documentación citará al menor a valoración inicial donde un equipo interdisciplinar valora al niño y, en aquellos casos que lo precise, emite un Dictamen de Necesidad de Atención Temprana y diseña un programa de atención individualizada para el niño y su familia que se irá revisando progresivamente.

A modo de resumen, en los **programas de Atención Temprana en Aragón**, se incluirán a los niños y niñas menores de seis años a los que se les detecte un tipo y grado de deficiencia que conlleve la condición legal de persona con discapacidad, así como

aquellos a los que se les detecten riesgos con una alta probabilidad estadística de presentar posteriormente una deficiencia motriz y/o sensorial y/o cognitiva, si no se les proporciona una atención específica en los primeros momentos de su vida.

Detección precoz:

- Salud: atención primaria y especializada
- Educación: equipos de atención temprana, escuelas infantiles, centros de educación infantil y primaria
- Servicios Sociales: cualquiera y centros base de atención a personas con discapacidad.

Derivación al centro base. Se realiza la valoración y se propone:

1. Inclusión o no en el programa
2. Programa de intervención
3. Módulo de atención
4. Entidad que realiza la atención. Centro base o entidad concertada
5. Requisitos, espacio, materiales, profesionales.

El Centro Base se encarga del seguimiento de:

- Programa de intervención individualizada

- ✓ Área de atención al niño. Se definen los servicios y tiempo de prestación (neuropediatría, rehabilitación, psicoterapia, trabajo social, estimulación precoz, fisioterapia, psicomotricidad, logopedia).
- ✓ Área de atención a la familia. Acciones específicas con familia.

- ✓ Área de atención a la escuela. Objetivos pedagógicos en colaboración con Equipos de AT educativos.
- ✓ Área de intervención en el entorno. Superación de barreras físicas y sociales teniendo en cuenta el entorno natural.

Módulos asistenciales:

- ✓ Módulo A: atención intensiva
- ✓ Módulo B: atención regular
- ✓ Módulo C: atención de seguimiento

Módulo A: Atención intensiva	Módulo B: Atención regular	Módulo C: Atención de seguimiento.
Alta dedicación e implicación de varios profesionales.	Requieren atención periódica.	Trastornos del desarrollo no importantes que puedan ser atendidos por su familia o por recursos psicopedagógicos normalizados.
Plurideficientes, trastornos graves personalidad, déficit sensorial severo, niños que precisan ser atendidos en su domicilio o en instituciones sanitarias.	Trastorno de desarrollo o retraso importante, trastorno del habla, de conducta o relacionales	

6. PRINCIPIOS DE LA ATENCIÓN TEMPRANA

Según el libro Blanco de la atención temprana, los principios en los que se basa son los siguientes:

I. Diálogo, integración y participación

La integración familiar, escolar y comunitaria del niño que presenta un trastorno del desarrollo implica el respeto a su condición de sujeto activo. La Atención Temprana debe facilitar el conocimiento social del niño y el acceso a su forma de comunicar y expresar

sus deseos, promoviendo modelos de crianza, educativos y relacionales coherentes y estables, basados en actitudes de diálogo y en la aceptación de los modos alternativos de ser.

La colaboración con la familia es una actitud básica de la Atención Temprana, desde el respeto de la cultura, valores y creencias de los padres, hermanos y abuelos. Se debe estimular la expresión de sus necesidades e intereses, el derecho a recibir información de manera adecuada y a participar en cuantas decisiones les atañen. La Atención Temprana también tiene que estar centrada en la familia, en la aportación de los medios que precisa para resolver sus dificultades y asumir sus responsabilidades.

Otro aspecto a considerar es la participación social en el desarrollo de los planes y programas dirigidos a los niños con trastornos del desarrollo, esta participación debe concretarse a través del movimiento asociativo profesional y de los usuarios en cada área o distrito territorial.

II. Gratuidad, universalidad e igualdad de oportunidades, responsabilidad pública

La presencia de una discapacidad o un trastorno del desarrollo implica un alto riesgo de marginación social. La Atención Temprana actúa para la prevención y, en su caso, evitación de estos riesgos facilitando la igualdad de oportunidades en el acceso a los distintos contextos de la vida social, la incorporación a una familia donde ser amado, la convivencia y socialización en una escuela abierta a todos los niños, el diseño del hábitat comunitario de una forma comprensiva hacia la diferencia.

Por sus orígenes y objetivos es necesario que la Atención Temprana sea un servicio público, universal, de provisión gratuita para todos los niños y familias que lo precisen. La gratuidad de la Atención Temprana ha de ser completa y debe alcanzar a las ayudas técnicas y a la eliminación de barreras a la integración.

III. Interdisciplinariedad y alta cualificación profesional

El concepto de interdisciplinariedad va más allá de la suma paralela de distintas disciplinas. La preparación de los profesionales que participan en la Atención Temprana implica tanto la formación en una disciplina específica como en un marco conceptual común a todas ellas que debe tener su propio espacio de desarrollo a través de la reflexión y el trabajo en equipo. Para este marco común pueden identificarse cuatro áreas:

- A. La especialización en desarrollo psicomotor infantil: comprender los procesos típicos y atípicos, las claves evolutivas de las distintas edades, las formas de relación en cada una de ellas.
- B. La profundización en psicología de la dinámica familiar: comprender el sistema familiar, sus peculiaridades culturales, económicas, organizativas, los ciclos vitales, etc.
- C. El conocimiento de la realidad legislativa, institucional, normativa, características sociales y antropológicas, hábitat y entorno geográfico de la comunidad.
- D. Una formación y experiencia suficientes sobre el trabajo en equipo, dinámicas de grupos, distribución de roles, estrategias de toma de decisiones, etc.

La elaboración de planes regulares de formación y la exigencia de experiencia profesional supervisada y continua es una condición *sine qua non* para la organización de servicios cualificados de Atención Temprana, al nivel adecuado a su responsabilidad.

IV. Coordinación

La atención a los niños con trastornos del desarrollo y sus familias se realiza en un marco institucional concreto. Las familias suelen resaltar la necesidad de que los servicios y orientaciones que cada entidad o cada profesional ofrece resulten coincidentes y tengan en cuenta el conjunto de su situación a la hora de planificar actuaciones. Corresponde a los servicios de Atención Temprana promover el trabajo en redes locales que se complementen y faciliten la calidad de la vida familiar. Esta coordinación conviene asentarla sobre protocolos básicos de derivación e intercambio de información y registros informáticos de contenido equivalente para el conjunto del Estado. Estos registros deberán acordarse con las asociaciones de padres y federaciones de usuarios y contener cláusulas de salvaguarda de la intimidad personal.

La coordinación atañe también a la continuidad de los servicios. Organizar el proceso de información diagnóstica o de transición a la escuela son dos hitos inexcusables. Es muy conveniente que cada familia tenga un profesional de referencia al que dirigirse para resolver dudas o interrogantes, que le ofrezca confianza y le sirva para reorganizar de forma coherente la vida cotidiana. Evitar la fragmentación que puede darse como consecuencia de la intervención de múltiples agencias, entidades o profesionales es un objetivo principal de la coordinación.

V. Descentralización

El principio de descentralización se refiere al establecimiento de un sistema organizado en torno a las necesidades de la familia, en su proximidad, incluyendo la prestación de servicios a domicilio. Implica la inserción de la Atención Temprana en las redes de

atención primaria de salud y de servicios sociales, en la inmediación de las escuelas infantiles y en la vecindad de la familia.

La descentralización tiene que ser compatible con una buena organización del acceso o apoyo desde los servicios más especializados de área o región (servicios de tercer nivel, centros de recursos, centros específicos) cuando sea necesario. El respeto a la vida cotidiana de la familia, la salvaguarda y promoción de la calidad de vida tienen que presidir la organización y funcionamiento de los servicios.

VI. Sectorización

La sectorización hace referencia a la necesidad de limitar el campo de actuación de los servicios para garantizar una correlación equilibrada entre proximidad y conocimiento de la comunidad y el hábitat, funcionalidad y calidad operativa de los equipos y volumen suficiente de la demanda a efectos de que se facilite la inclusión de todo tipo de servicios sanitarios, educativos o sociales en el área de referencia que se constituya.

7. INVESTIGACIÓN

García Sánchez (2005) en G. Millán y F. Mulas (Eds.) señala que las líneas de investigación actuales de la Atención temprana se basan en la eficacia de los programas de intervención, que tienen como finalidad, alcanzar, necesariamente, la “cultura de la calidad”. Y dentro de ella, demostrar que la eficacia de los distintos programas de intervención será siempre un índice más de calidad. A la vez, esa misma cultura de la calidad habrá de matizar lo que entendemos por eficacia, obligándose a incorporar nuevas dimensiones para su evaluación, así como las distintas perspectivas de satisfacción del cliente en los futuros estudios tendentes a demostrar la eficacia de la intervención.

Indudablemente, también ha de ser una línea de investigación floreciente en el futuro aquella encaminada a profundizar en el conocimiento de las causas de la discapacidad en la infancia temprana. Por mucha eficacia que logremos en los programas de intervención, y por mucho que maticemos esa eficacia incluyendo nuevas dimensiones que busquen valorar la calidad de vida de los niños con discapacidad y sus familias, siempre serán niños con discapacidad. Y la única forma de contrarrestar definitivamente esa discapacidad es a través de medidas eficaces de prevención primaria que eviten su aparición. Por ello, debemos tender hacia un futuro en el que la investigación sobre etiología de las distintas discapacidades y la investigación sobre eficacia confluyan en programas cada vez más universalizados de prevención primaria. Programas que busquen contrarrestar y evitar tanto el efecto de factores biológicos desencadenantes de la discapacidad, como factores psicoeducativos. Estos últimos, aunque no ocasionen graves discapacidades, están en la base de problemas en la calidad de las interacciones entre padres e hijos que comprometen el desarrollo infantil favoreciendo problemas de conducta y otras alteraciones de origen psicoafectivo que empiezan a proliferar en la infancia de nuestra sociedad de consumo y estrés y, como reflejo de ello, empiezan a llegar a nuestros servicios de AT.

8. RETOS Y PREGUNTAS CLAVE

- 1) ¿Qué entendemos por Atención Temprana?**
- 2) Misión y visión de la atención temprana**
- 3) Relaciones entre Inclusión educativa y atención temprana**
- 4) Planificación de la atención temprana en España.**
- 5) ¿Qué funciones tiene que desempeñar un maestro /maestra de Audición y Lenguaje?**

9. BIBLIOGRAFÍA

Boix, S., & Ortega, N. (2020). Una intervención multidisciplinar para mejorar la estimulación temprana del alumnado español de educación infantil. *Revista. Estudios en Educación (REeED)*, 3(5), p.p. 68 – 82.

Candel, I. (2005). Elaboración de un programa de atención temprana [Creating an early treatment program]. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 3(3), 151-192.

Cuevas, P. G., & Veerman, E. R. (2012). Orígenes y evolución de la atención temprana. Una perspectiva histórica de la génesis de la atención temprana en nuestro país. Agentes contextos y procesos. *Psicología Educativa. Revista de los Psicólogos de la Educación*, 18(2), 107-122.

Díaz Sánchez, C. (2020). Guía básica sobre Atención Temprana y transformación.

GAT (2000). *Libro Blanco de la Atención Temprana*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía. Documentos 55/2000.

Fundación para la atención temprana (2022,26,09). Atención temprana. <https://atenciontemprana.org/>

Centro aragonés de la comunicación aumentativa (2022,26,09) Arasaac. <https://arasaac.org/>

JORDI, S. (1989). La estimulación precoz en la educación especial. *Edit. CEAC, Barcelona España*.

Juan-Vera, M. J., Pérez-López, J. (2009). El funcionamiento de un Centro de Desarrollo Infantil y Atención Temprana (CDIAT). *Revista interuniversitaria de formación del profesorado*, 23(2), 21-38.

Millá, M. G. (2002). El asociacionismo en atención temprana. *Boletín del Real Patronato sobre Discapacidad*, 53, 99-102.

Millá, M. G., & Mulas, F. (2009). Atención temprana y programas de intervención específica en el trastorno del espectro autista. *Rev neurol*, 48(Supl 2), S47-52.

Linares, A., Rodríguez, M., & Rodrigo, L. (2004). Algoritmo diagnóstico y terapéutico del carcinoma hepatocelular. *Oncología (Barcelona)*, 27(4), 95-101.

ORDEN de 20 de enero de 2003, del Departamento de Salud, Consumo y Servicios Sociales, por la que se regula el Programa de Atención Temprana en la Comunidad Autónoma de Aragón. (BOA, 5 de febrero de 2003)

ORDEN ECD/1004/2018, de 7 de junio, por la que se regula la Red Integrada de Orientación Educativa en los centros docentes no universitarios sostenidos con fondos públicos de la Comunidad Autónoma de Aragón.

Pérez Gutiérrez, R., Casado Muñoz, R., & Rodríguez Conde, M. J. (2021). Evolución del profesorado de apoyo hacia la educación inclusiva: una perspectiva legislativa autonómica en España. *Revista complutense de educación*.

Pisón, P. L., Navarro, T. A., de Diago, R. C., Segura, J. L. P., Callau, L. N., Ardisa, P. V., ... & Pisón, J. L. (2008). La Atención Temprana en España y su desarrollo en la Comunidad Autónoma de Aragón. *Boletín de la Sociedad de Pediatría de Aragón, La Rioja y Soria*, 38(2), 46-49.

Ponte, J. (2012). Legislación y Atención Temprana. Notas sobre aspectos sociosanitarios.

Seguí, P. V., Artiga, A. G., & López, M. J. C. (2014). *Intervención temprana*. Ediciones Pirámide.

Verdugo, M. Á. (2018). Todos somos todos: derechos y calidad de vida de las personas con discapacidad intelectual y mayores necesidades de apoyo.

Vilella, S. B., & Rodríguez, N. O. (2020). Una intervención multidisciplinar para mejorar la estimulación temprana del alumnado español de educación infantil. *Revista Estudios en Educación*, 3(5), 68-82.

BLOQUE II Procesos de detección y evaluación en el ámbito comunicativo y del lenguaje

-Habilidades y signos de alarma

-Modelos

-Técnicas e Instrumentos.

Objetivos:

Con este bloque pretendemos que el alumnado consiga los siguientes objetivos:

1. Conocer y comprender los modelos actuales de atención temprana.
2. Conoce los aspectos básicos del desarrollo para asesorar a los miembros de la comunidad educativa a nivel de atención temprana, con especial énfasis en la prevención y atención a signos de alarma en el desarrollo comunicativo y del lenguaje de los niños y niñas.
3. Planifica actuaciones relacionadas con el desarrollo de la comunicación y el lenguaje, la detección de signos de alarma y de posibles dificultades, así como la estimulación del lenguaje.

1. INTRODUCCIÓN

En el bloque anterior, hemos abordado la Atención Temprana como una primera forma de aproximación conceptual a la misma. Hemos visto tanto los orígenes como la evolución histórica, la organización, así como los principios que la rigen que nos permite comprender el concepto actual y su objeto de estudio.

En este bloque damos un paso más para conocer en profundidad la importancia de la Atención Temprana en un maestro/maestra de Audición y Lenguaje. Abordaremos los modelos de intervención, la evolución y desarrollo del lenguaje, los signos de alarma, así como los modelos y técnicas de evaluación.

Para ello debemos tener clara la terminología que se usa en el campo de estudio, así como su definición o características. Así, vemos que no es lo mismo comunicación que lenguaje ni voz que habla.

Otro aspecto importante, a la hora de abordar este bloque es conocer los distintos aspectos del lenguaje que influirán, de manera individual, en algunos casos, o de manera holística en otros, en su adquisición y desarrollo. Su conocimiento contribuirá en detectar con mayor precisión los signos de alarma que deben considerarse en su diagnóstico y en su intervención.

Por ello, debemos tener claro, los siguientes conceptos importantes en este bloque: comunicación, lenguaje, pragmática, fonología, fonética, semántica, morfosintaxis, habla, alteraciones del habla, retraso del lenguaje, dificultades del lenguaje, síndrome, signo, síntoma, entre otros.

2. MODELOS DE ATENCIÓN TEMPRANA

Las etapas de desarrollo humano avanzan en una serie de cambios biológicos, físicos, emocionales, sociales y psicológicos. La fase prenatal y de desarrollo, durante la infancia son cruciales, debido al impacto que tendrán en las etapas siguientes. Estas etapas tienen un gran impacto en la vida adulta, y están expuestas a sufrir cambios según bases orgánicas, sociales, culturales, familiares y psicológicas (Guralnick, 2008), por lo tanto, al presentarse una configuración inestable en alguno de estos, el desarrollo general se verá influenciado de forma directa, afectando la configuración cerebral y sensoriomotora de un niño.

Desde lo teórico no se puede determinar un trastorno o dificultad como unicausal. Los modelos de atención temprana, por tanto, se presentan de manera combinada, como modelos globalizadores, ya que vinculan al niño, la familia y el contexto, considerando todas las variables como factores causales (Mulas y Pérez, 2009).

Según el estudio realizado por Daniela Guzmán, (Guzmán,2020) basados en el análisis de Guralnick, propone que los modelos deben considerar el desarrollo global y el valor que tienen las experiencias e interacciones sobre el primer año de vida.

1. Modelo Ecológico

Las fuentes documentadas desarrollan un rol importante, definiendo la ecología del desarrollo, ya que consideran al niño en ambiente y contexto. Existen radios de movimientos diferentes en atmósferas ecológicas, ambientales, geográficas y familiares, únicas en cada niño (Mulas y Pérez, 2009).

El modelo ecológico enmarca la influencia ambiental sobre los niños, las unidades ecológicas, sociales no se desarrollan aisladamente, si no que existe una multivariante de uno a otro y viceversa, de manera que los cambios en un sistema repercuten en otros. La influencia adaptativa afecta en las reacciones antes del nacimiento ya sea positiva o negativamente (Córdoba y Soto, 2007).

Los sujetos no son independientes, comparten experiencias e influencias de pertenencia, familiares, de la comunidad, el período histórico en el que se encuentran, entre otros. Marcando estas variables la individualidad en los procesos de desarrollo, inciden en las diferentes estrategias de intervención.

Dentro de un contexto de atención temprana en una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN), algunas siguen el abordaje o la intervención basada en los cuidados centrados en el neurodesarrollo y la familia, y establecen sus bases en modelos ecológicos convocando a los padres en el cuidado y atención de los recién nacidos (Sánchez y Candel, 2012) aunque el ambiente no logre establecer la naturalidad de un hogar, aun así, se potencian acciones como piel con piel, lactancia materna temprana y cuidados básicos directos por parte de madres y padres.

2. Modelo transaccional

El modelo de atención temprana basado en un modelo transaccional es aquel que aborda la capacidad de respuesta de un niño y el sistema de interacción, es decir la capacidad de respuesta social, considerando el entorno y contexto. La diferencia con el modelo ecológico es que este, se refiere a interacciones del niño con la familia en relaciones a los cuidados principalmente. Este modelo transaccional ofrece la oportunidad de valorar el vínculo y saber determinar cuándo realizar ciertas acciones que son permitidas por el niño (Guralnick, 2008).

“Este modelo pone el mismo énfasis en los efectos del niño y del medio ambiente. Así pues, la atención temprana debe incidir tanto en el niño como en su entorno para favorecer los elementos que benefician la relación entre ellos” (Martínez y Calet, P. 4).

Según Millá, entre las bases de este modelo de atención temprana destaca:

- Los niños aprenden frente a intercambios positivos.
- Los padres son los más importantes en el desarrollo.
- El trabajo en etapas temprana es crucial.
- El objetivo se dirige a la interacción padres-niños.

3. Modelo de entornos competentes

Uno de los modelos actuales es el modelo de entornos competentes, este integra diferentes modelos y los combina según las diferentes situaciones. Es decir, este modelo valora las primeras experiencias, respeta el contexto social, cultural y geográfico de cada niño (Buceta,2012, Perera, 2011). El modelo sugiere que todo lo anterior, repercute en el desarrollo global y por lo tanto se enfoca en determinar las competencias de estos entornos, considerando los ambientes vulnerables; no solo desde el nivel socioeconómico, sino que también desde el rol de adulto significativo permanente (Perpiñán,2003).

Este modelo enfatiza la articulación y la intervención con el niño en contexto, valorizando el desarrollo integral. El entorno familiar y el escolar. Conocer la realidad familiar de cada niño donde el terapeuta va a trabajar con la dualidad adulto-niño y el contexto donde se desarrolla y también incursionará en la relación que establece entre adulto-adulto, es decir la relación del terapeuta con el adulto de referencia de la familia. La intervención sobre la primera relación se reflejará en la segunda. El entorno escolar establecerá nexos con la familia de manera tal que escuela y familia puedan coordinarse para dar respuesta a las necesidades del niño en ese ámbito pudiendo construir una cultura inclusiva que acuerde estrategias (Perpiñán,2003).

El adulto significativo y permanente es aquel que desarrolla la percepción de autocompetencia y adquiere un rol fundamental en el desarrollo (Guralnick, 2008). Las publicaciones indican que cuando los cuidadores se sienten preparados y capaces para atender a un niño alcanzan mayor nivel de satisfacción y eficiencia en sus cuidados. Por tanto, respaldar sus sentimientos y valorar sus opiniones, aumentan la percepción de autocompetencia.

El modelo de atención temprana basado en competencias, en síntesis, es aquel que potencia las autocompetencia de los padres y la determinación de que se desarrolle, un ambiente natural para el niño, de esta manera se establecen vínculos efectivos de aprendizajes. Por lo tanto, los profesionales se vuelven un conector y modelador de la interacción padres-niños, guiando el desarrollo de las atenciones oportunas y positivas, pero no son los principales estimuladores (Perpiñán, 2003)

4. Modelo biopsicosocial

Dentro de este modelo se destaca la posibilidad de riesgo y aquí radica la importancia de la vertiente preventiva, se toma en cuenta cada individualidad y se integran todos los ambientes, definiendo al contexto como un conjunto de circunstancias (Córdoba, y Soto,2007). Además, posibilita la integración al medio familiar, escolar, social y de autonomía.

Este modelo puede desarrollarse individual o grupal, en régimen ambulatorio con variabilidad en frecuencia de sesiones, ya que se centra en la individualización de cada caso.

3. EVOLUCIÓN Y DESARROLLO DEL LENGUAJE

Los humanos utilizamos el lenguaje oral, entre otros, para comunicarnos. Esta actividad de hablar es una actividad que engloba múltiples dimensiones y capacidades de los individuos y, por lo tanto, aunque *a priori* parece que todos podemos realizarla sin dificultades, nos encontramos con situaciones que no es así. En el aprendizaje del lenguaje, por lo tanto, se han establecido unos estándares que contribuyen a determinar unas etapas de aprendizaje o adquisición del lenguaje. Si estas no se cumplen, debemos tener en cuenta qué ocurre, cómo y por qué para poder intervenir adecuadamente. Debemos estar atentos a los signos de alarma.

Entendemos, por lo tanto, por signos de alarma, aquellos avisos, características o actitudes, que se producen en el niño y que no se ajustan a lo que debería darse por su edad y evolución, en términos estándares. Para poder detectar estos signos de alarma, será necesario conocer los principales hitos evolutivos del desarrollo del lenguaje del niño. Más adelante, nos centraremos en ellos. Una buena fuente de consulta es *El niño de 0 a 3 años: guía de atención temprana para padres y educadores*, elaborada por el Gobierno de la Rioja en 2008.

En la siguiente tabla (tabla 1), se propone un resumen sobre los signos de alarma más significativos.

Síntomas de alarma: preguntas clave a realizar
<p>Antes de un año</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Respuestas a la sonrisa social ● Se vuelve o reacciona (cerrando los ojos) ante una palmada ● Se vuelve a un sonido de voz ● Reclama atención a través de sonidos del habla ● Balbuceo con entonación expresiva
<p>Antes de dos años</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Dificultades en la comprensión tanto de palabras, gestos y conductas comunicativas, que no están presentes: <ul style="list-style-type: none"> ○ Respuesta al nombre ○ Respuesta a la atención conjunta: juguetes ○ Anticipación de una rutina con objetos: caja con sorpresa ○ Imitación funcional y simbólica: coche, vaso ○ Petición y rechazo: quitar un juguete ○ Comprende ven aquí, quieres más, siéntate... ● Ausencia o escasas vocalizaciones ● Ausencia de palabras referenciales: papá, mamá, agua... ● No decir su nombre
<p>Dos años</p> <ul style="list-style-type: none"> ● No comprende y realiza: venir, andar, beber, dormir, comer, subir, quitar ● Léxico inferior a 50 palabras ● Ausencia de combinación de palabras ● No sabe decir su nombre ● Otitis recurrentes, conducta inatenta
<p>Tres años</p> <ul style="list-style-type: none"> ● No obedecer órdenes sencillas ● No señalar su edad con los dedos

- Ausencia de frases
- No repetición de palabras y frases
- No juego interactivo conjunto
- No seguimiento de un cuento
- No descripción de una imagen y acciones
- No conversación

Tabla 1. Síntomas de alarma: preguntas clave a realizar. Fuente: Peñafiel Puerto M. (2012).

1. Conceptos clave

No obstante, a pesar de esta introducción generalista, para poder establecer y conocer los distintos casos, debemos tener en cuenta algunos conceptos clave que nos ayudarán a detallar mejor estas situaciones. Para ellos, incluiremos la definición que realiza la Real Academia Española (<https://www.rae.es/>) de los siguientes términos, que veremos a lo largo del bloque II:

- **Comunicación:**

1. f. Acción y efecto de comunicar o comunicarse.
2. f. Trato, correspondencia entre dos o más personas.
3. f. Transmisión de señales mediante un código común al emisor y al receptor. (...)

Por lo tanto, vemos que la comunicación implica CONOCIMIENTO, y, además, puede ser oral y escrita, siendo la primera la más importante, sobre todo, entre bebés y niños entre ellos y con los adultos.

Para que esta comunicación funcione, el mensaje que se transmite mediante dicho código común debe ser entendible o entendido por ambas partes, de lo contrario, la interacción en este sentido entre ambas partes (emisor y receptor) será complicada y/o inexistente.

- **Lenguaje**

1. m. Facultad del ser humano de expresarse y comunicarse con los demás a través del sonido articulado o de otros sistemas de signos.
2. m. lengua (|| sistema de comunicación verbal).
3. m. Manera de expresarse. Lenguaje culto, grosero, sencillo, técnico, forense, vulgar.
4. m. Estilo y modo de hablar y escribir de cada persona en particular.
5. m. Conjunto de señales que dan a entender algo. El lenguaje de los ojos, el de las flores.
6. m. Código de signos. Lenguaje formal.
7. m. Inform. Conjunto de signos y reglas que permite la comunicación con una computadora.

El lenguaje, como se profundizará más adelante, está compuesta por la fonética (conjunto de los sonidos de un idioma), el léxico (vocabulario, conjunto de las palabras de un idioma, o de las que pertenecen al uso de una región, a una actividad determinada, a un campo semántico dado, etc.) la morfología (parte de la gramática que estudia la estructura de las palabras y de sus elementos constitutivos) y la pragmática (disciplina que estudia el lenguaje en su relación

con los hablantes, así como los enunciados que estos profieren y las diversas circunstancias que concurren en la comunicación)¹.

- **Habla**

1. f. Facultad de hablar. Perder el habla.
 2. f. Acción de hablar.
 3. f. Manera especial de hablar. El habla de un niño.
 4. f. Ling. Realización lingüística, por oposición a la lengua como sistema.
 5. f. Ling. Acto individual del ejercicio del lenguaje, producido al elegir determinados signos, entre los que ofrece la lengua, mediante su realización oral o escrita.
- (...)

Por lo tanto, podemos concretar que el habla articula los **fonemas** o sonidos de la lengua. Si estos no se articulan adecuadamente porque la posición de los órganos de la boca, por ejemplo, no se colocan correctamente (lengua, labios, etc.) el sonido emitido es incorrecto y dificulta o puede dificultar la comunicación. Por ello se requiere conocer los trastornos que se pueden producir en el habla.

- **Voz**

1. f. Sonido producido por la vibración de las cuerdas vocales.

- **Sonido**

2. 1. m. Sensación producida en el órgano del oído por el movimiento vibratorio de los cuerpos, transmitido por un medio elástico, como el aire.
3. 2. m. Significación y valor literal que tienen en sí las palabras. Estar al sonido de las palabras.
4. 3. m. Noticia, fama.
5. 4. m. Fís. Vibración mecánica transmitida por un medio elástico.
6. 5. m. Fon. alófono (|| variante de un fonema).

En este punto, podemos hacer una pequeña referencia a la comunicación con los recién nacidos a través de los llamados sonidos blancos y como estos, calman el llanto de los bebés porque escuchan algo parecido a cuando estaban aún en el vientre de la madre. ²s.

Tras conocer la definición de los términos más importantes de la materia podremos ir desarrollando y entendiendo distintos aspectos, factores, componentes que engloban la comunicación y el lenguaje y que nos ayudarán a comprender qué dificultades puede tener un niño en su etapa de conocimiento y adquisición del lenguaje y, por lo tanto, de comunicarse de esta manera.

¹ Definiciones extraídas de www.rae.es

² <https://www.sleepingbabyplay.com/sleeping-baby-en-el-hospital-viamed-montecanal/>

También podremos entender las causas, así como la materialización de algunos de los trastornos que se producen, puesto que en ocasiones se deben a la voz o al habla, por ejemplo, y otros al propio lenguaje, dificultando la comunicación del sujeto con los demás.

2. La importancia del lenguaje

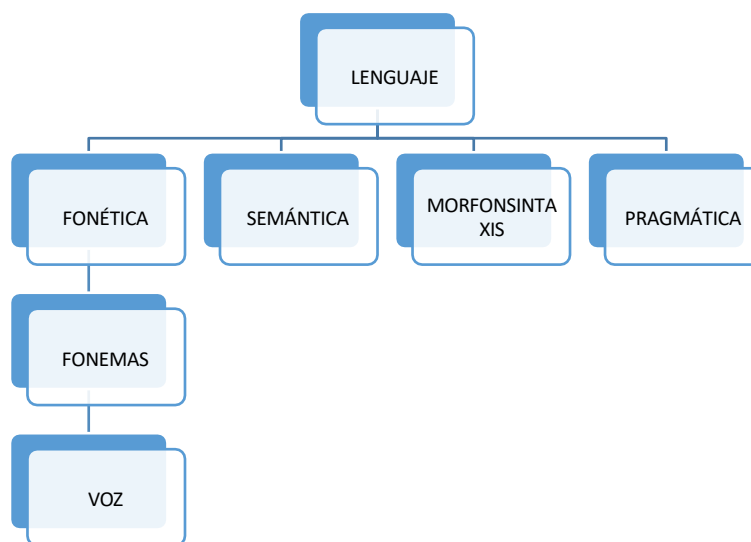
Como se ha observado en el apartado anterior, el concepto lenguaje, abarca muchas definiciones, entre las que podemos destacar que es una facultad que tenemos para expresarnos y comunicarnos con los demás, así como que es un conjunto de signos y reglas que nos permite dicha comunicación. Si no podemos hacerlo de manera correcta, nos encontramos con dificultades para poder entender y hacernos entender.

Pero, ¿por qué es importante el lenguaje? Veamos algunas ideas:

- Permite intercambiar información a través de un determinado sistema de codificación.
- Es un instrumento estructurante del pensamiento y de la acción.
- Interviene como factor estructurante y regulador de la personalidad y del comportamiento social.
- Es un medio de información y cultura.
- Es un factor importante de identificación a un grupo social (Monfort, M. y Juárez, A. 1987 en Gutiez Cuevas, P. (2005)).

Dada la importancia funcional que este elemento tiene en nuestras vidas es necesario conocer todos sus elementos, así como entender las dificultades que pueden tener o encontrarse los infantes a lo largo de su proceso de aprendizaje de este. Así mismo, también es importante que se conozcan diferentes aspectos y todo lo que en él interviene para poder realizar una correcta evaluación, así como intervención.

Tal y como se ha avanzado en el apartado anterior, podemos entender el lenguaje como un término holístico compuesto por distintas partes o disciplinas que lo conforman, como la **fonética** o fonología, es decir, la articulación y la conceptualización de los fonemas. Con él podremos distinguir las palabras entre ellas, así como su significado (mediante la **semántica**), así como la estructura y la relación que tienen las palabras entre ellas pudiendo crear oraciones (con la **morfosintaxis**) y usarlo, como se ha indicado, de manera **pragmática**, para comunicarnos.



Por lo tanto, deberemos desgranar diversos aspectos del lenguaje que nos ayudarán a detectar los signos de alarma.

Así, podemos definir que los componentes del lenguaje son:

- **FONOLOGÍA:** trata los sonidos de la lengua, las reglas para combinarlos y formar palabras, así como la pronunciación y la entonación. Cada idioma tiene su propio conjunto de sonidos.
- **SEMÁNTICA:** se refiere al significado de las palabras. Todas las palabras transmiten significado y pueden combinarse formando oraciones con sentido.
- **MORFOLOGÍA:** Se ocupa de las asociaciones de los sonidos para dar lugar a morfemas y atribuirles género, número, etc.
- **SINTAXIS:** Se encarga de regular las normas necesarias para combinar las palabras en las frases y poder transformar unas oraciones en otras. El conocimiento del sistema sintáctico permite al emisor generar un número infinito de nuevas oraciones y detecta aquellas que no son gramaticalmente correctas.
- **PRAGMÁTICA:** Intención comunicativa (incluye la ironía, el doble sentido, el sarcasmo, etc.). Se ocupa de todas las estrategias para usar el lenguaje apropiadamente en varios contextos.
- También podemos incorporar el **LÉXICO:** Vocabulario. Todas las palabras con las que una lengua designa objetos, cualidades, acciones, hechos o ideas.

Para dominar el lenguaje, el niño debe adquirir destrezas en todos y cada uno de sus componentes, es decir, en las distintas **áreas de desarrollo lingüístico** (fonológica, morfológica, sintáctica, semántica y pragmática).

Algunos autores como Casla et al (2011) reúnen todos estos componentes en 3 grandes apartados:

FORMA Incluye: - la fonología - la morfología - la sintaxis	CONTENIDO Equivale a la semántica	USO Hace referencia a la pragmática
--------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------	-----------------------------------------------

3. Requisitos mínimos del lenguaje

Para que el lenguaje se produzca debemos poseer un mínimo de medios físicos, una estructura dónde amparar el discurso y la capacidad de comprender lo que se produce. Es decir, que contamos con un proceso de maduración del niño y un proceso de aprendizaje del mismo. Ambos influirán en el progreso en este aspecto. En este punto, nos centraremos, de manera general, en tres niveles: fisiológico, gramatical y semántico. A continuación, veremos qué trata cada uno de ellos.

- **NIVEL FISIOLÓGICO:** Debemos poseer los medios físicos para emitir sonidos, así como para escuchar dichos sonidos y/o gesticular lo que queremos decir.

- NIVEL GRAMATICAL: Necesitamos generar una estructura donde se ampare nuestro discurso.
- NIVEL SEMÁNTICO: Tenemos que ser capaces de entenderlo.

4. Funciones del lenguaje

En la edad temprana, el niño que aún no habla, es decir, no ha adquirido ni desarrollado el lenguaje oral, puede comunicarse de diversa manera a través de la comunicación no verbal (Monfort, M. y Juárez, A. 1987 en Gutiez Cuevas, P. (2005)), establecen un repertorio comunicativo (basado en Kent, L.R., 1983) en dicho periodo. Es decir, los niños pueden generar una serie de gestos, movimientos y señas con intención de mostrar:

- Atención
- Agradecimiento o enfado
- Rechazo u oposición
- Complacencia o negativa.

No obstante, ampliamos nuestra forma de comunicarnos a través del lenguaje. Es decir, como hemos observado, la principal función del lenguaje es la de comunicarse. Y en esta actividad participan diversos actores como el emisor (quien emite un mensaje), el receptor (quien lo recibe), el mensaje (el recado o la comunicación que se transmite), el canal (la vía que se utiliza para dicha transmisión) o el código (el sistema de signos y reglas que permite formular y comprender mensajes).

Pero ello, puede y debe hacerse de diferente manera para que se pueda entender el sentimiento que quiere expresar el emisor. Por lo tanto, podemos decir que, además de esta función principal (comunicativa), el lenguaje tiene otras funciones o usos, que ubican a los interlocutores según la situación en la que se está utilizando.

Por lo tanto, puede decirse que el lenguaje tiene también:

- Función expresiva o emotiva
- Función apelativa o conativa
- Función poética o estética
- Función fática o de contacto
- Función representativa o informativa
- Función metalingüística

Según Halliday (1983), que cree en la importancia del lenguaje en el ámbito social, las funciones de este son:

- Instrumental
- Reguladora
- Interactiva
- Informativa
- Personal
- Heurística

- Creativa³⁴

Por otro lado, el lenguaje es básico para desarrollar la función simbólica porque participa en el pensamiento (representa mentalmente una realidad) y este avanza con el lenguaje. Es importante conocer y valorar las diferentes funciones del lenguaje y cómo estas influyen en el desarrollo del pensamiento y en su estructura para poder aplicar las estrategias, sistemas o recursos comunicativos más adecuados para cada caso.

Pero para llegar a desarrollar cada una de las funciones del lenguaje, debemos tener en consideración que este se adquiere progresivamente. En este proceso encontramos por una parte diversas fases de adquisición y distintos factores que favorecerán más o menos que esta se realice de manera adecuada.

“El desarrollo de la aptitud para el lenguaje depende de un amplio grupo de actividades de muchos sistemas orgánicos. (...) las distintas variables y procesos que intervienen en el desarrollo del habla y del lenguaje son muy vulnerables, porque los sistemas orgánicos de los que dependen tienen funciones biológicas más urgentes que cumplir que la comunicación”. (Nelson, W.E.; Vaughan III, V.V; McKay, Rj. 1980 en Gutiez Cuevas, P. (2005).

“El proceso evolutivo-adaptativo ha hecho posible la adaptación de las estructuras músculo-esqueléticas orofaciales a la función de articulación de los sonidos del lenguaje” (Serón, J.M., y Aguilar, M. en Gutiez Cuevas, P. (2005)

5. Bases de adquisición

En cuanto a los factores o elementos que influyen en el desarrollo del lenguaje y la comunicación, podemos decir, en línea con lo que ya se ha comentado antes, que estos son de tipo orgánico, psicológico y contextual.

Así, vemos que, dentro de los orgánicos, existen factores genéticos, neurológicos y anatómicos. En cuanto a los factores psicológicos, encontramos los psicosociales, afectivos y emocionales y dentro de los factores contextuales que influyen en su desarrollo, podemos concretar que el ambiente que rodea al niño (tanto familiar como escolar) es un factor relevante. A continuación, se incluye una tabla resumen:

ORGÁNICOS	PSICOLÓGICOS	CONTEXTUALES
- Genéticos - Neurobiológicos - Anatómica	- Psicosociales - Afectivos - Emocionales	- El ambiente que rodea al niño

Tabla 2: Elementos que influyen en el desarrollo del lenguaje y la comunicación. Fuente: elaboración propia.

Según algunos autores, “El desarrollo de la aptitud para el lenguaje depende de un amplio grupo de actividades de muchos sistemas orgánicos. (...) las distintas variables y procesos que intervienen en el desarrollo del habla y del lenguaje son muy vulnerables, porque los sistemas

³ Temario oposiciones (citar bien) o buscar otra bibliografía que lo justifique. COMPRENDIENDO COMO EL DESARROLLO DE LAS FUNCIONES BÁSICAS DEL LENGUAJE CONTRIBUYE AL APRENDIZAJE DE UN SEGUNDO IDIOMA. Vázquez-Montilla, Elia; Gonzales, Lizzie.

⁴ Para saber más: <https://aedean.org/wp-content/uploads/nexus-2018-02.pdf>

orgánicos de los que dependen tienen funciones biológicas más urgentes que cumplir que la comunicación”. (Nelson, W.E.; Vaughan III, V.V; McKay, Rj. 1980 en Gutierrez Cuevas, P. (2005).

“El proceso evolutivo-adaptativo ha hecho posible la adaptación de las estructuras músculo-esqueléticas orofaciales a la función de articulación de los sonidos del lenguaje” (Serón, J.M., y Aguilar, M. en Gutierrez Cuevas, P. (2005)

6. Factores orgánicos

En cuanto a los factores orgánicos, deberemos tener en cuenta el oído y el sistema fonoarticulatorio, así como el cerebro. Tanto su estructura como su funcionamiento o carencia de éste intervienen activamente y puede influir en la adquisición y desarrollo del lenguaje.

● El oído

Formado por 3 partes (cada una de las cuales tiene una función de la recepción del sonido):

- Oído externo
- Oído medio
- Oído interno



Imagen 1: El oído. Fuente: <https://www.kidshealth.org/es/parents/ears.html#catbody-basics>

El oído es el primer filtro del estímulo sonoro que lo convierte en impulso nervioso. Si la persona no oye lo que pronuncia, o lo que dicen, le falta un elemento clave para el aprendizaje del lenguaje oral. Por lo que podemos advertir que la audición es el sentido más importante ligado al lenguaje oral. Por eso es importante conocer no solo cómo funciona sino como qué enfermedades pueden influir en él, así como en la adquisición y aprendizaje el lenguaje. En este aspecto, debemos tener presente como, por ejemplo, las **otitis** de repetición y catarros frecuentes pueden generar retraso en el desarrollo del lenguaje y del habla.

● El sistema fono articulatorio

Tal y como explica Pérez, P. (2006)⁵, el sistema fono articulatorio está compuesto por un conjunto de órganos que intervienen en la articulación del lenguaje: órganos de respiración,

⁵ Información disponible en: <https://pap.es/files/1116-612-pdf/637.pdf>

órganos de fonación y órganos de articulación. El buen o mal funcionamiento de cada uno de estos influirá, por lo tanto, en dicha articulación.

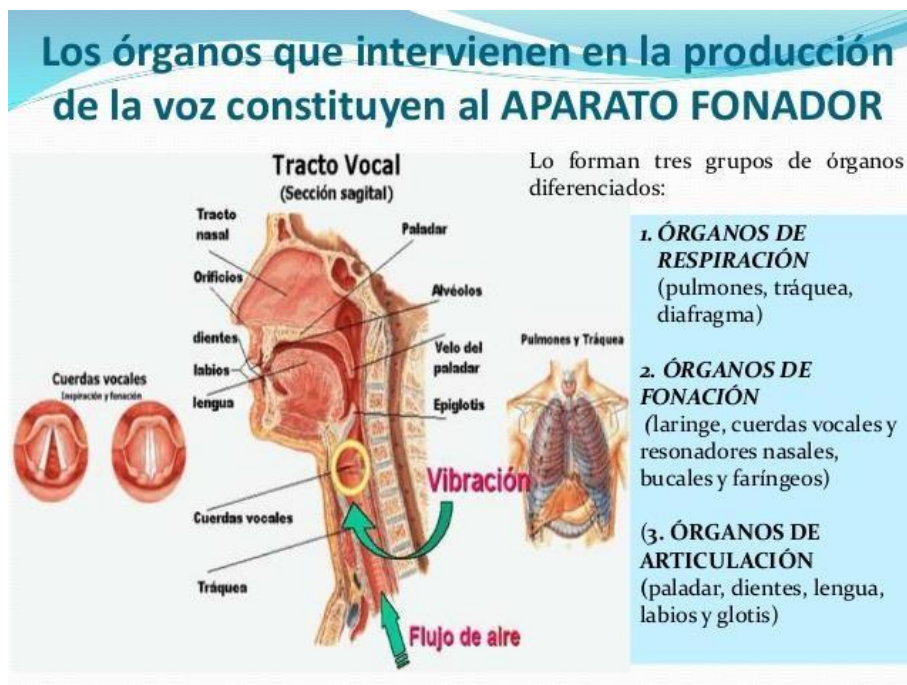


Imagen 2: órganos que intervienen en la producción de la voz. Fuente: <https://dicionarioactual.com/aparato-fonador/>

Cada grupo de órganos tienen una función concreta, que detallamos a continuación:

- **Órganos de la respiración** (Proveen el aire necesario para la **emisión lingüística**)
 - Pulmones
 - Bronquios
 - Tráquea

La respiración fónica es la que proporciona la cantidad de aire suficiente para poder realizar el acto de fonación.

Cualquier alteración tiene una incidencia en la **claridad** y la **adecuación** del mensaje lingüístico.

La respiración nasal es fundamental para favorecer el adecuado desarrollo de los **órganos bucofonadores** (arcadas dentarias, paladar, mandíbulas) y la adecuada coordinación entre la respiración y la fonación.

- **Órganos de la fonación** (la alteración o contracción de alguna de ellas pueden producir alteraciones en la fonación):
 - Faringe
 - Laringe: se encuentra en desarrollo durante la etapa infantil.

Son frecuentes las disfonías infantiles. Cuando se dan hay que tratarlas pronto para evitar cronificación.

- **Órganos de la articulación:**
 - Activos:
 - Labios: filtro para el sonido
 - Lengua: su falta de movilidad produce errores articulatorios
 - Pasivos:
 - Paladar
 - Mandíbula
 - Alvéolos e implantación dentaria
 - Fosas nasales

Tras conocer cuáles son los órganos que intervienen en la articulación del lenguaje, debemos tener en cuenta que, para la adquisición apropiada del lenguaje, el niño requiere la integridad de:

- Los órganos de respiración (pulmones, músculos costales y diafragma): necesario para la emisión de sonidos.
- Los órganos de la fonación (laringe y cuerdas vocales): se emplean en la producción de la voz.
- Los órganos de la resonancia (faringe, boca, fosas nasales): modulan el tono de los sonidos.
- Los órganos de la articulación (paladar, lengua, mandíbula, labios, dientes): modulan el tono de la voz.

- **El cerebro**

El cerebro es uno de los órganos más importante que tenemos los humanos. Se trata de un órgano complejo, ubicado dentro del cráneo, que gestiona la actividad del sistema nervioso. Forma parte del **Sistema Nervioso Central (SNC)** y constituye la parte más voluminosa y conocida del encéfalo. Está situado en la parte anterior y superior de la cavidad craneal y está presente en todos los vertebrados. Dentro del cráneo, el cerebro flota en un líquido transparente, llamado líquido cefalorraquídeo, que cumple funciones de protección, tanto físicas como inmunológicas.

Está formado por millones de neuronas que, interconectadas mediante axones y dendritas, permiten regular todas y cada una de las funciones del cerebro, cuerpo y la mente: desde respirar, pasando por comer o dormir, hasta la capacidad para razonar, para enamorarnos o para discutir con alguien. Todo esto pasa por el control cerebral, siendo sólo una parte de todas las funciones de este órgano.

Las funciones del cerebro podrían resumirse en controlar y regular la mayoría de funciones del cuerpo y de la mente. Este se encarga de funciones vitales, como respirar o regular el pulso cardíaco, pasando por el sueño, el hambre o la sed, hasta funciones superiores como el razonamiento, la memoria, la atención (Corbetta & Shulman, 2002), el control de las emociones y la conducta.

Además, el cerebro también controla otros aspectos o funciones como:

- La capacidad de **atención**, es decir, de mantenernos en un estado de alerta suficiente para concentrarnos en distintas situaciones.
- El control del movimiento del cuerpo (**motricidad**).
- La capacidad de **percepción** (de la forma, del color y de la distancia de los objetos) y orientación (la percepción de las relaciones entre los objetos en el espacio).
- **Lenguaje** (oral y escrito).
- Capacidad de adaptarse a nuevas o complejas situaciones (**funciones ejecutivas**)
- **Memoria** (a corto y a largo plazo).

Así, cada una de estas funciones están ubicadas en una parte distinta del cerebro: lóbulo frontal, lóbulo parietal, lóbulo temporal, lóbulo occipital, cerebelo y trono encefálico.

Organización anatómica y funcional del sistema nervioso central

Todas las regiones sensoriales y motoras primarias del cerebro están relacionadas desde un punto de vista funcional, encontrándose conectadas por fibras de asociación y comisurales.

Existe una interconexión cerebral que permite una interacción constante dentro de cada hemisferio y entre ambos hemisferios.

La **lateralidad** cerebral se expresa en tres aspectos:

1. **ASIMETRÍA:** Participación simultánea y complementaria de ambos hemisferios cerebrales en la conducta, circunvoluciones, peso y funciones diferenciadas.
2. **LATERALIDAD:** Liderazgo relativo de un hemisferio en relación con el otro para realizar una determinada función mental.
3. **DOMINANCIA:** Lado del cerebro que controla el uso preferente de mano, pie, ojo y oído humano.

Comprender la funcionalidad del cerebro en estos tres aspectos es básico para comprender los procesos que tienen lugar en la reorganización del cerebro tras una lesión.

La **plasticidad cerebral** es el principio de organización que fundamenta la aplicación de programas de intervención terapéutica para la recuperación funcional.

Es la capacidad para reorganizar y modificar funciones y adaptarse a los cambios externo e internos.

La plasticidad es mayor en los primeros años de vida y disminuyen gradualmente con la edad. Por eso el aprendizaje y la recuperación se verán potenciados si se proporciona experiencias o estímulos precoces al individuo.

A lo largo de la historia, distintos autores concretaron la división del cerebro en hemisferios. Así, por ejemplo:

- Hipócrates: había observado que el cerbero estaba compuesto por dos partes.
- Dr. Marc Dax: cada hemisferio controla diferentes funciones. La palabra se ubica en el hemisferio izquierdo.
- Dr. Paul Broca: confirma que en el hemisferio izquierdo está el centro del lenguaje y, específico, del de las palabras.
- Dr. John Huglings: propone el concepto de “Dominancia hemisférica izquierda”.
- Dr. Roger Sperry: complementa y confirma la diferenciación de las funciones de cada hemisferio.

Ortiz, T. en Gutiez Cuevas, P. (2005) considera que cada hemisferio del cerebro tiene unas funciones asignadas. A continuación, se incluye una tabla elaborada según este criterio:

HEMISFERIO IZQUIERDO	HEMISFERIO DERECHO
- La dominancia del habla.	- La orientación espacial
- La lectura y la escritura.	- El reconocimiento de caras y objetos
- La memoria verbal.	- Ciertas respuestas emocionales.
- los dibujos esquemáticos.	- Dibujo.
- Los movimientos intencionales.	- Funciones holísticas.
- El razonamiento lógico.	- Funciones gestálticas.
- El cálculo.	- Configuraciones de modelos.
- El juicio.	- Estructuras melódicas musicales.
- El sentido del ritmo musical.	- Creatividad.
- Codifica información sensorial con base en descripción lingüística.	- Codifica información sensorial en términos de imágenes
- Análisis temporal.	- Sintetiza espacialmente.
- Efectúa comparaciones conceptuales independientemente del contenido lingüístico.	- Hace pareamiento visual sin realizar comparaciones conceptuales.
- Percibe detalles.	- Percibe forma
- Falta de un sintetizador gestáltico.	- Falta de un analizador fonológicos.
- Comunicación verbal.	- Maneja relaciones espaciales y efectúa el análisis de las partes en relación con el todo.
- Procesamiento lingüístico y numérico.	- Reconocimiento perceptual de cosas
- Pensamiento analítico y secuencial.	- Pensamiento no verbal

Tabla 3: Funciones asignadas a los hemisferios del cerebro. Fuente: Ortiz, T. en Gutiez Cuevas, P. (2005).

No obstante, debemos tener en consideración que la idea de que el cerebro está dividido en dos hemisferios, cada uno de los cuales, está centrado en determinadas habilidades, es un tanto obsoleta. Respecto a la teoría de la división de los dos hemisferios, “no es cierto, como se había dicho en algunos foros, que el hemisferio derecho sea el creativo y el izquierdo el lógico. Este es otro de los *neuromitos* más extendidos. Ambos hemisferios son lógicos y también creativos. (...) Esto no quita que haya cierta especialización hemisférica, lo que significa que en algunas tareas se activa un poco más un hemisferio cerebral que otros. Pero estas diferencias dependen en gran medida de cada persona y de cómo se haya desarrollado su cerebro.” (Bueno, D., 2022).

Conclusiones del apartado:

Por lo tanto, el lenguaje, es un aspecto más del desarrollo global del individuo y no se puede separar de un posible trabajo a nivel sensorial, cognitivo o psicomotor del trabajo lingüístico. La propia estimulación del lenguaje oral supone una estimulación global del conjunto de las actividades cerebrales de un niño. Corre en paralelo y en interacción con el desarrollo neurológico que controla la actividad perceptivo-motora, con el desarrollo del aparato auditivo, con la formación del psiquismo del niño tanto en su esfera consciente y cognitiva (desarrollo del pensamiento) como en lo inconsciente y con el desarrollo socioafectivo.

Los problemas de lenguaje afectarán al desarrollo general del niño, influyendo negativamente en su evolución social al dificultar la comunicación y su funcionamiento cognitivo, lo que generará problemas de adaptación que a su vez podrán originar graves problemas conductuales. La prevalencia de los trastornos del lenguaje llega al 15% en los preescolares, 3 a 6% en los escolares. Es cuatro veces más común en varones, y también es frecuente la historia familiar. Los trastornos de expresión de lenguaje son notorios entre los 18 y 36 meses.

En cuanto al **desarrollo lingüístico**, según Serón y Aguilar (2009), la etapa lingüística comienza cuando el niño empieza a dar significado permanente a determinados sonidos y a usarlos para designar conceptos. En esta etapa, la comprensión del lenguaje va por delante de la expresión, es decir, comprende un gran número de palabras, pero expresan sólo aquella que signifique conceptos u objetos que ellos pueden manipular. Por otro lado, el estudio del **desarrollo semántico** presenta dificultades, ya que el niño adquiere las estructuras semánticas a partir de las sintácticas; el léxico y la semántica se dan unidos y se construyen a partir de los nombres de objetos concretos y de su entorno⁶.

Según Desclas y Ávila (2011), el **desarrollo fonológico**, durante esta segunda etapa se produce un gran avance en las habilidades lingüísticas, los niños pasan de combinaciones de dos o tres palabras a emplear frases similares a las de los adultos.

Los niños de 4 o 5 años no siempre pueden articular de forma correcta todos los fonemas. Pueden recurrir a estrategias de simplificación fonológica:

- Alteración del esquema silábico
- Asimilaciones
- Sustituciones

De los 4 a los 7 años culmina la adquisición del repertorio fonológico.

⁶ **RECUERDA:** Debes tener presente las etapas de adquisición del lenguaje

A partir de los 5 o 6 años se inicia el desarrollo de la conciencia fonológica que permite manipular de forma intencional la lectura de la palabra y hace al niño consciente de las diferencias que se producen al cambiar un sonido por otro.

7. Áreas del desarrollo del lenguaje

Tal y como ya hemos ido comentando, para dominar el lenguaje, el niño debe adquirir destrezas en todos y cada uno de sus componentes, que son:

- Fonológico
- Morfológico
- Sintáctico
- Semántico
- Pragmático

Si no se tienen plenas destrezas en alguno de estos componentes podemos encontrarnos con alguna dificultad de comunicación, tal y como se verá más adelante.

8. Teorías de adquisición

En la adquisición del lenguaje los humanos tardamos relativamente poco tiempo desde que nacemos y empezamos a emitir sonidos como los llantos y los gruñidos hasta que alcanzamos expresarnos sin aparentes esfuerzos. Conseguimos comunicarnos de manera natural, aunque en él intervienen, como ya se ha comentado y se irá viendo, diversos factores, como el entorno familiar y social y aspectos genéticos, por ejemplo, entre otros.

Se trata de una serie de componentes que están vinculados con el lenguaje e interactúan de una manera u otra para que este evolucione quien, a su vez, influye también en la evolución de estos.

Según Peñafiel Puerto, M. (2012), para que el lenguaje oral aparezca y pueda desarrollarse necesita los siguientes requisitos:

- Estructuras neurológicas mantenidas localizadas en el hemisferio izquierdo
- Capacidades cognitivas, alcanzar la ley de permanencia del objeto.
- Estimulación afectiva y social, papel fundamental de los interlocutores.
- Capacidad para recibir y reproducir sonidos.
- Capacidad para interactuar, presencia de intención comunicativa.

En la adquisición del lenguaje, también debemos tener en cuenta los procesos lingüísticos que se producen. Así, primero recibimos el lenguaje (comprensión) para luego, producirlo (expresión), “partiendo de que la comprensión es el determinante básico del desarrollo lingüístico y que precede a la expresión”, según indica el mismo autor.

De la misma manera que, como vimos en el bloque 1, la propia evolución histórica y conceptual de los términos ha influenciado en la forma de entender y materializar la atención temprana, las investigaciones y conocimientos del lenguaje a lo largo de los años, se presentan diversas teorías sobre la adquisición del lenguaje. En estas han opinado expertos de distintas disciplinas, como la lingüística y la psicología. Lo que ha dificultado establecer una única conjetura. El estudio de sobre adquisición y desarrollo del lenguaje adquirieron importancia en

los años 50 del s. XX, surgiendo así, diversas teorías al respecto, que consideran diversos factores. A continuación, se explicarán brevemente cada una de ellas.

- Teoría AMBIENTALISTA con Burrhus, Frederic, Skinner y Michael Alexander Kirkwood Halliday)
- T. INNATISTA (Noam Chomsky)
- T. COGNITIVA O EVOLUCIONISTA (Jean Piaget)
- T. INTERACCIONISTA (Seumour Bruner)

T. AMBIENTALISTA (Burrhus Frederic Skinner y Michael Alexander Kirkwood Halliday):

Skinner, es uno de sus principales defensores. Según este psicólogo, los estímulos o reforzadores influyen en la conducta y de allí que surja una respuesta. En el ámbito del lenguaje, se podría decir que este es una capacidad que se adquiere por estos estímulos o refuerzos procedentes del ambiente.

En esta teoría se da importancia al contexto, es decir, que este y los estímulos que reciben de él provocan una respuesta por parte del niño.

El aprendizaje del lenguaje, según el conductismo, es un aprendizaje animal, que también realizan las personas, es un proceso de interacción entre el niño y otros seres humanos y, por lo tanto, no existen etapas en su adquisición

Según Noguera (2017) para Skinner (1974) el habla resulta el producto de una serie de respuestas musculares que afectan el ambiente. Además del reforzamiento que hacen los padres, en cuanto a las respuestas, para la adquisición del lenguaje verbal. Por ende, ante una circunstancia estimulante, el infante puede producir variadas respuestas verbales y aquella que sea premiada, la elegirá para producirse en forma efectiva ante el estímulo. El autor plantea que de acuerdo con la forma de respuesta operante, puede adquirirse la respuesta verbal y que en el caso del nombre de los objetos, el niño los designa según el manejo que hace de ellos y las observaciones por parte de los adultos sobre los mismos⁷.

Por su parte, Halliday, establece que la adquisición de una lengua consiste en el dominio progresivo del potencial funcional de la misma.

T. INNATISTA (Noam Chomsky):

El lenguaje se aprende de manera instintiva y los humanos lo aprendemos porque biológicamente estamos preparados para ello. Es decir, tenemos unas características biológicas que nos permiten el aprendizaje del lenguaje (que es específico de los humanos), por lo que no aprendemos por imitación ni se tienen en cuenta los factores cognitivos ni sociales de los niños en el aprendizaje de la lengua. Lo que dicha teoría recibe muchas críticas por no considerar otros aspectos, que también tienen relevancia en la adquisición del lenguaje.

⁷ Noguera. J. ADQUISICIÓN DEL LENGUAJE INFANTIL ¿INNATISMO O AMBIENTALISMO? Disponible en: <https://revistas.investigacion-upelipb.com/index.php/educare/article/view/66/66>

El principal defensor de esta teoría es el lingüista Noam Chomsky, quien consideraba que existe “un componente genético, (...) y lo denomina *Gramática Universal*, porque solamente así se explica que un niño identifique estímulos lingüísticos en su hábitat de modo más o menos consciente y desarrolle la capacidad que todos usamos (tarea ésta nada fácil de replicar, apunta), mientras que otros animales no son capaces ni de reconocer la especificidad del estímulo lingüístico aun expuestos a los mismos datos”⁸.

Chomsky reacciona contra la teoría ambientalista de Skinner.

T. COGNITIVA O EVOLUCIONISTA (Jean Piaget):

En este caso, se considera que la aparición y aprendizaje el aprendizaje del lenguaje necesita de la inteligencia. Sin esta inteligencia, cuyo desarrollo se inicia en el nacimiento, no es posible el otro.

El desarrollo del lenguaje está estrechamente relacionado con el desarrollo cognitivo del sujeto. Y el lenguaje se va adquiriendo poco a poco con dicho desarrollo cognitivo.

Esta teoría también hace referencia al **habla egocéntrica**, es decir, el *primer habla* del niño, que es la que usa para expresar sus pensamientos, más que para comunicarse socialmente con otras personas. El habla egocéntrica precede al habla socializada.

Para que el niño alcance su desarrollo mental es fundamental que atraviese, desde su nacimiento, por diferentes y progresivas etapas de desarrollo cognitivo: etapa sensoriomotriz, etapa preoperacional, etapa de operaciones concretas y etapa de operaciones formales.

Esta teoría, propone, también, dos tipos de lenguaje que ubica en dos etapas: prelingüística y lingüística.

Esta teoría complementa la *innatista* porque considera que es necesaria la competencia cognitiva para la competencia lingüística.

T. INTERACCIONISTA (Seumour Bruner):

Esta teoría, cuyo defensor es Bruner, intenta conciliar las posturas de Piaget y Vigotsky. Es decir, intenta buscar una tercera vía que tenga en cuenta lo cognitivo y lo ambiental. Y considera que el lenguaje es el resultado de la confluencia de la inteligencia y de la capacidad verbal (ambas se desarrollan paralelamente).

Establece, por lo tanto, que la actividad mental está íntimamente relacionada al concepto social.

Así mismo, cree que el habla tiene dos funciones:

- la comunicación externa con los demás
- el uso de los pensamientos internos de la persona consigo misma

⁸ Escutia, M. *Chomsky, la naturaleza humana, el lenguaje y las limitaciones de la ciencia y una propuesta complementaria inspirada en C. S. Lewis*. Disponible en: <https://www.unav.edu/web/ciencia-razon-y-fe/chomsky-la-naturaleza-humana-el-lenguaje-y-las-limitaciones-de-la-ciencia>

*estas funciones se desarrollan de forma independiente, aunque, a veces, puedan coincidir.

9. Factores que influyen en el desarrollo del lenguaje

En cuanto a los factores que influyen en el desarrollo del lenguaje y la comunicación, podemos decir, en línea con lo que ya se ha comentado antes, que estos son de tipo orgánico, psicológico y contextual.

Así, vemos que, dentro de los orgánicos, existen factores genéticos, neurológicos y anatómicos. En cuanto a los factores psicológicos, encontramos los psicosociales, afectivos y emocionales y dentro de los factores contextuales, que influyen en su desarrollo, podemos concretar que el ambiente que rodea al niño (tanto familiar como escolar). Estos pueden darse de manera aislada o bien combinados entre ellos, influyendo de distinta manera y en grados de gravedad diversa. Por lo que deberemos conocerlos y considerarlos todos a la hora de valorar el tipo de trastorno.

A su vez, podemos encontrar **factores extrínsecos** como una hipoestimulación ambiental (que puede favorecer un retraso del lenguaje tanto a nivel pragmático como receptivo y expresivo) o con una sobreprotección, que puede provocar un retraso del lenguaje pragmático, receptivo y expresivos) y **factores intrínsecos** como el nivel cognitivo del niño (que puede ocasionar un retraso en la comunicación y en el lenguaje receptivo y expresivo), además de los **aspectos individuales** ya comentados como los de tipo orgánicos, los síndromes, las lesiones cerebrales o las malformaciones anatómicas y sus disfunciones.

La combinación de estos factores puede conllevar a una serie de dificultades tanto en la adquisición como en el desarrollo del lenguaje y por ello será necesario estar atento y conocer los indicadores de desarrollo de la comunicación y el lenguaje, que pueden consultarse en diversa documentación ya citada, como, por ejemplo, El niño de 0 a 3 años: guía de atención temprana para padres y educadores, elaborada por el Gobierno de la Rioja en 2008.

Dificultades

Durante la etapa de formación y crecimiento de la comunicación y del lenguaje oral, podemos encontrar indicadores que pueden o no evolucionar hacia patologías.

Los trastornos del lenguaje y las dificultades de comunicación pueden deberse a diversos factores, como ya hemos visto en el apartado anterior, que pueden aparecer en cualquier momento, pueden interferir con la capacidad que la persona tenga para comprender o expresarse o que las demás personas la entiendan y puede ser de origen congénito o se puede producir durante la infancia o en cualquier momento debido a un accidente o a una enfermedad.

Y los indicadores de preocupación estarán dentro de una o varias de las dimensiones del lenguaje como la forma, el contenido y el uso de este, siendo esta última (uso) la de mayor gravedad que la pronunciación de algunos fonemas. Puesto que, si no hay comprensión del lenguaje, no hay comunicación.

Antes de concretar las distintas clasificaciones debemos diferenciar los **trastornos del habla**, que son alteraciones formales del habla referidas a la articulación, codificación del sonido y expresión oral y afectan a la capacidad de articular las palabras de modo comprensible, de los **trastornos del lenguaje**, que implica a todos, uno o algunos de los componentes fonológico, morfológico, semántico, sintáctico o pragmático del sistema lingüístico y que dificultan el entendimiento de las palabras habladas o escritas, como por ejemplo el trastorno específico del lenguaje oral (TEL) que se caracteriza por la anormal adquisición, comprensión o expresión del lenguaje hablado o escrito.

Así, las dificultades más frecuentes que podemos encontrar son, de manera general, la que podemos consultar en la tabla de la siguiente página y que se detallarán más adelante, en el apartado *Clasificación de los trastornos más frecuentes del lenguaje oral*:

RETRASO SIMPLE DEL LENGUAJE	Desfase cronológico en la adquisición de las distintas etapas lingüísticas, pero las van adquiriendo con pautas evolutivas de normalidad.
RASTORNOS ESPECÍFICOS DEL LENGUAJE	Además del retraso cuantitativo, se aprecian patrones que no siguen el normal desarrollo de la comunicación y el lenguaje. Es un lenguaje que no responde a las expectativas del desarrollo de la conducta verbal.
MUTISMO TOTAL	Desaparición total del lenguaje, repentina o progresivamente.
MUTISMO SELECTIVO O ELECTIVO	Sólo aparece ante ciertas personas o en determinadas situaciones. Suele aparecer a los 3 años y, con más frecuencia, hacia los 6 años.
DEPRIVACIÓN AMBIENTAL	El niño que vive en un ambiente con privación cultural desarrolla un código lingüístico restringido, un lenguaje limitado esencialmente a la comunicación concreta e inmediata, insuficiente de todo punto en el medio escolar. Bernstein considera que el lenguaje está determinado por la clase social y determina a su vez las actividades cognitivas, las adquisiciones futuras y todos los comportamientos de los individuos.
RETRASOS ARTICULATORIOS / FONOLÓGICOS	Es el conjunto de todas las dislalias evolutivas o funcionales. Es una alteración fonética que se produce por inmadurez en las habilidades motoras, perceptivas y discriminativas del habla.
DISLALIAS*	Son fallos en el punto y el modo de articulación de uno o varios fonemas de origen funcional (no existe una causa orgánica que lo justifique). Algunos fonemas se ven afectados muy frecuentemente frente a otros en los que sucede en muy raras ocasiones. La /r/, la /s/, la /θ/ y los sífonos de /l/ y /r/ (ejemplo: blando, clase, dragón...) suelen ser los que aparecen más tarde.
TARTAMUDEZ FISIOLÓGICA	<ul style="list-style-type: none"> Entre los 2 y los 4 años es frecuente, aunque no se da ni tiene por qué en todos los casos, que los niños se expresen con repeticiones de sílabas, palabras; a veces, incluso, con una persistencia importante que puede evocar cuadros de tartamudez. Estamos ante la tartamudez fisiológica o evolutiva. Suele desaparecer de forma espontánea siempre que los adultos tomemos una actitud correcta: no dar ninguna importancia a este hecho, evitando comentarios del tipo “dímelo más tranquilo” o “comienza de nuevo sin tartamudear”, etc. Suele durar entre unos días hasta un año. No obstante, si existen antecedentes familiares, o si la situación de bloqueo es muy frecuente y/o se acompaña de sudoración, nerviosismo..., o si la angustia de los adultos crece, conviene consultar a un psicólogo o un logopeda y actuar en función de sus orientaciones.
TAQUILALIA	Un hablar excesivamente rápido y precipitado que provoca repeticiones y omisiones, lo que dificulta la inteligibilidad de su expresión.
DISFONÍAS INFANTILES CRÓNICAS	Alteraciones de la voz en su intensidad, tonalidad, timbre y duración. Se origina por causas diversas; pueden ser de tipo orgánico, fisiológico, psicológico y/o ambiental. Unos factores determinan la aparición de la alteración frente a otros que la agravan, por ejemplo: enfermedades del aparato respiratorio (laringitis y bronquitis crónicas, asma, vegetaciones, sinusitis, amigdalitis...), malformaciones laríngeas, alteraciones de la audición... Todas ellas pueden ser causas o factores que la agravan.
TORPEZA MOTORA EN LOS ÓRGANOS BUCOFONADORES EXTERNOS	Nos referimos a la falta de tono, destreza, control voluntario de los órganos nombrados, lo que repercute directamente en la producción articulatoria.

Tabla 4: Resumen Clasificación de los trastornos más frecuentes del lenguaje oral. Fuente: Pérez, P. y Salmerón, T. (2006). Desarrollo de la comunicación y del lenguaje: indicadores de preocupación. Recuperable en: <https://pap.es/files/1116-612-pdf/637.p>

Indicadores de desarrollo de la comunicación y el lenguaje

Para poder conocer en qué situación de comunicación se hallan los niños, se han establecido unos indicadores estandarizados que nos ayudan a detectar si existe algún problema en la adquisición o en el desarrollo del lenguaje. Tenemos claro que un recién nacido no tiene un vocabulario entendible y extenso para poder mantener una conversación con un adulto, pero, ¿sabemos cuántas palabras puede expresar un niño de 3 años? ¿Un adulto puede entender a un niño 2 años cuando habla sin ningún tipo de dificultad? Estas cuestiones, así como muchos otros interrogantes en relación al lenguaje, surgen en los primeros años de vida de los más pequeños, por lo que habrá que conocer si estamos ante una situación problemática o no.

Según Peñafiel Puerto, M. (2012), “en España (...) la consulta de la primera alarma en el retraso en la adquisición del lenguaje se sigue centrando entre los dos años (35%) y los dos años y medio (40%), y el motivo de consulta resulta ser en el 90% de los casos que el niño no habla o emite palabras sueltas, quedando un 10% en que se consulta también porque no entiende o no atiende a lo que se dice”.

Como indica el mismo autor, “no poder comunicarse adecuadamente incide en todas las áreas del desarrollo: cognitivo, afectivo y social, especialmente si resulta también comprometido el proceso comprensivo, además del expresivo del lenguaje”.

Para poder conocer los principales hitos en la adquisición en el desarrollo del lenguaje podemos consultar distintos documentos como la Guía del desarrollo infantil desde el nacimiento hasta los 6 años⁹.

Así mismo, debemos observar al infante para poder detectar si, por ejemplo, tiene desinterés por la comunicación; su nivel de comprensión es bajo; si el niño, que en su primer año de vida ha pasado por muchos episodios de catarro, entre los 18 y los 24 meses no dice nada o habla muy poco o en su jerga, o no se perciben palabras o parte de ellas; si se produce una prolongación de la jerga más allá de los 3 años (pues supone un síntoma de adquisición tardía del lenguaje); si el niño de 3 años no habla o solo dice algunas palabras; si el niño produce repeticiones silábicas en el inicio y/o en el medio y se acompaña de nerviosismo, si evita hablar y tiene antecedentes familiares con tartamudez; si el niño vive en un ambiente familiar empobrecido culturalmente o emocionalmente desatendido y que tienen un lenguaje pobre y/o telegráfico; etc.; puesto que son algunos de los indicadores que nos alertarán de que su adquisición y desarrollo en la comunicación y el lenguaje no es el adecuado.

Además, también tenemos que tener cuenta dos situaciones concretas en el niño:

- Tardanza en hablar, que puede ser por
 - Retraso simple del lenguaje (RSL)
 - Trastorno específico del lenguaje (TEL)
 - Trastornos del espectro autista (TEA)
 - Discapacidad intelectual
 - Hipoacusia

⁹ Puede consultarse en: <http://riberdis.cedid.es/bitstream/handle/11181/2993/185348.pdf?sequence=1>

- Hijos de padres sordos
- Privación ambiental extrema.
- Regresión en el lenguaje, es decir, niños que dejan de hablar: debemos ver si se debe por:
 - Afasias adquiridas secundarias a lesiones cerebrales (expresivas o receptivas), Síndrome de Landau Kleffner (afasia epiléptica)
 - Mutismo selectivo
 - Regresión autista
 - Síndrome de Rett
 - Trastorno desintegrativo infantil (TDI)
 - Enfermedades degenerativas.

Por otro lado, cuando el niño habla mal, reconoceremos alguno de estos trastornos: tartamudez (también llamada espasmodia), disartria, dislalia, trastornos de la prosodia y voz nasal.

Debemos distinguir entre la tartamudez evolutiva, parte de la adquisición normal del lenguaje, y la verdadera, que requiere intervención.

Otros trastornos incluyen, por ejemplo, el de tipo semánticopragmático y los trastornos del lenguaje escrito (dislexia, disgrafía, hiperlexia, etc.) que requieren reconocimiento y una intervención temprana y oportuna.

10. Clasificación de los trastornos más frecuentes del lenguaje oral

Para poder realizar una clasificación general de los trastornos del habla y del lenguaje, debemos tener en cuenta dos términos clave como son:

- Desarrollo
- Adquisición

Cada uno de ellos hace hincapié en el momento en el que se produce dicho trastorno y, por lo tanto, la forma y manera de abordarlo será distinta.

Es decir, mientras que en el **desarrollo** las dificultades pueden estar presentes en el momento de la adquisición, con un matiz congénito, en la **adquisición**, estas características se encuentran, precisamente, en este matiz de adquirido o asimilado.

Dado que, en la adquisición y desarrollo del lenguaje, tal y como hemos ido observando, influyen distintos factores: orgánicos, psicosociales y ambientales, la clasificación de los trastornos y retrasos del habla y del lenguaje, también tendrá en cuenta esta diversidad.

Por lo que puede realizarse una clasificación según criterios neurolingüísticos (puede haber déficit de unos de los componentes del proceso cognitivo complejo, tanto en expresión como en comprensión) dando lugar a un tipo de retraso u otro; etiológicos y psicopatológicos (es decir, se clasifican según el momento de aparición de la sintomatología, diferenciando los trastornos congénitos y los adquiridos) y biológicos (se atiende al órgano alterado, se ve que

hay distintos grados de afectación y momentos de inicio de intervención) en el que habrá que tener en cuenta la situación concreta producida, así como el grado de severidad del trastorno.

Otra clasificación que se puede realizar es según las alteraciones en la comunicación. En este caso, se incluye la voz y el habla. Así encontramos los siguientes criterios: sintomatológicos como alteración de la voz (disfonía), alteración de la articulación (ejemplo: disartria) o alteración del lenguaje (ejemplo: afasia); topográficos (alteración de los órganos periféricos de la audición (sordera) o alteración del habla (ejemplo: disglosia), alteración del sistema nervioso central o periférico; funcionales (trastornos auditivos, motores, visuales, etc.) y temporales (es decir, el momento de la aparición: durante el desarrollo o en edad adulta.).

En cuanto a la clasificación de los trastornos más frecuentes de la voz, el habla y el lenguaje, deben tenerse en cuenta dificultades de articulación, de tipo orgánico y de fluidez oral.

Dificultad de articulación	Tipo orgánico	Fluidez oral
<p>Trastornos que tienen que ver, fundamentalmente, con la dificultad de articulación y que no están asociados a una causa orgánica, sensorial, cognitiva, afectiva o socio-estimular</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dislalia evolutiva - Dislalia Funcional - Retraso del habla - Retraso del lenguaje - Trastorno específico del lenguaje 	<p>Trastornos que son secundarios a diferentes causas de tipo orgánico:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Disglosia - Disartria - Rinolalia - Afasia - Disfonía de causa orgánica 	<p>Trastornos en los que está afectada la fluidez oral:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Disfemia o tartamudez - Taquifemia - Taquilalia

Tabla 5: Clasificación de los trastornos más frecuentes de la voz, el habla y el lenguaje. Fuente: Elaboración propia a partir de <https://orientacion.larioja.edu.es/necesidad-ed-especiales/traslenguaje/107-artitraslen/221-fluioal>

Si se realiza una clasificación del habla y del lenguaje según los déficits o carencias, esta tendrá en cuenta los siguientes tipos de carencias: específicas, congénitas, sensoriales o sociales.

Déficits específicos	Déficits cognitivos	Déficits sensoriales	Déficits sociales
Retraso del lenguaje TEL Disfasia Dislalia fonológica Dislalia fonética	Discapacidad intelectual Autismo y otros trastornos generalizados del desarrollo	Sorderas e hipoacusias Déficit visual Sordocegueras	Trastornos de lenguaje por privación social Dificultades del lenguaje asociadas a contextos multiculturales y plurilingüismo

Tabla 6: Clasificación de los trastornos del habla y el lenguaje según distintos tipos de déficits.

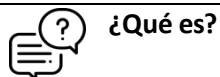
Elaboración propia a partir de <https://www.aepap.org/sites/default/files/lenguaje.pdf>

Trastornos del habla

● Inmadurez articulatoria

Alteración articulatoria caracterizada por la incapacidad del niño para segmentar sonidos y ordenarlos correctamente -se trata, por tanto, de una dificultad fonológica- a pesar de que es capaz de emitir correctamente fonemas y sílabas aisladas. El niño muestra dificultad para pronunciar frases y palabras y omite, sustituye y distorsiona fonemas además de duplicar e invertir sílabas. No es infrecuente que la dislalia se acompañe de inmadurez articulatoria. En ocasiones, nos encontramos con niños que hablan mucho, pero a los que es difícil entender. Esta característica, que no tiene por qué tener importancia en las primeras etapas del desarrollo del niño, puede ser un problema si persiste más allá de los cuatro años, máxime si el trastorno fonético se hace cada vez más pronunciado y afecta también al lenguaje lecto- escrito.

● Dislalia



¿Qué es?

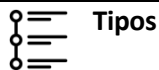
Considerada como la dificultad en la pronunciación de sonidos o fonemas.

Son fallos en el punto y el modo de articulación de uno o varios fonemas de origen funcional (no existe una causa orgánica que lo justifique). Algunos fonemas se ven afectados muy frecuentemente frente a los otros en los que sucede en muy raras ocasiones.

Según <https://enclavedeciencia.rae.es/dislalia> es:

Trastorno del habla originado en el aparato fonador.

Dificultad de articular las palabras.



Tipos

- A. Dislalia evolutiva
- B. Dislalia audiógena
- C. Dislalia orgánica (disartrias y disglosias)
- D. Dislalia funcional



Etiología

En este caso es variada:

- Inmadurez que impide el funcionamiento correcto de los órganos implicados
- Desarrollo motriz general alterado
- Dificultades en la discriminación auditiva
- Factores psicológicos
- Nivel cultural familiar
- Factores hereditarios
- No pronunciación de determinados fonemas en algunas culturas, idiomas ...

Además, también podemos considerar que son causa de dislalia:

1. Escasa habilidad motora:

Existe una relación directa entre el grado de retraso motor y el grado de retraso del habla. Los defectos van desapareciendo al tiempo que adquiere mayor habilidad en las destrezas motoras finas. El tratamiento irá enfocado no solo en orden a enseñar a articular, sino a desarrollar todo el aspecto psicomotor del sujeto, educando todos los movimientos, aunque no sean inmediatamente utilizados en la articulación de la palabra, y organizando su esquema corporal.

2. Dificultades respiratorias:

Por la relación que tiene la función respiratoria con la realización del acto de la fonación y la articulación del lenguaje. Las dificultades o anomalías en esta función pueden estar en parte alterando la pronunciación de la palabra y creando distorsiones en los sonidos por una salida anómala del aire fonador, principalmente en los fonemas fricativos.

3. Dificultades en la percepción espacio-temporal:

El niño debe ser capaz de percibir los movimientos implicados en los sonidos y captar los matices que los distinguen. Si esto falla, falta por desarrollar la capacidad perceptiva. Por ello, es muy importante para favorecer un buen desarrollo del lenguaje trabajar el aspecto perceptivo.

4. Falta de comprensión o discriminación auditiva:

Constituye junto con la escasa habilidad motriz, una de las principales causas de las dislalias funcionales, sobre todo en aquellas en las que destaca el trastorno fonológico. Hay niños que, oyendo bien, analizan o integran mal los fonemas correctos que oyen, al tener dificultades para la discriminación acústica de los fonemas con incapacidad para diferenciar unos de otros. La educación auditiva y rítmica será un medio para lograr hablar con perfección.

5. Factores psicológicos:

Cualquier trastorno de tipo afectivo (falta de cariño, inadaptación familiar, celos, un hermano pequeño...) puede incidir sobre el lenguaje del niño haciendo que quede fijado en etapas anteriores, impidiendo una normal evolución en su desarrollo. En estos casos falta o está perturbada la necesidad emocional de comunicarse, que es un elemento básico para el desarrollo del habla en el niño.

6. Factores ambientales:

El ambiente en el que se desarrolla un niño junto con sus capacidades personales irá determinando su desarrollo y maduración. Las situaciones ambientales que más negativamente pueden influir en un mal desarrollo lingüístico son: carencia de un ambiente familiar (centros de acogida...), bajo nivel cultural (fluidez de vocabulario, de expresión, modo de articulación), bilingüismo mal integrado, sobreprotección, desequilibrio o desunión familiar, etc.

7. Factores hereditarios:

Puede existir una predisposición al trastorno articulatorio que estará reforzado por la imitación de los errores que cometen los familiares al hablar.

8. Factores intelectuales:

La deficiencia intelectual presenta como síntoma, en muchas ocasiones, una alteración en el lenguaje con dificultades para su articulación. La dislalia será igualmente tratada pero sin perder de vista que aparece enmarcada dentro de problemas más complejos y que las posibilidades de reeducación estarán condicionadas por la capacidad del sujeto.



Características (tipo A. Dislalia evolutiva):

- Se da durante el desarrollo del lenguaje infantil (un niño no repite bien las palabras que escucha o lo hace de forma incorrecta)
- Para articular correctamente los fonemas se necesita una madurez cerebral y del aparato bucofonatorio.
- Hay una fase en el desarrollo del lenguaje en el que el niño no articula o distorsiona algunos fonemas.

Estos errores se llaman **DISLALIAS EVOLUTIVAS**. Normalmente desaparecen con el tiempo y nunca se deben intervenir antes de los 4 años.



Datos

IMPORTANTE: Suelen producir ansiedad en los adultos porque creen que es un síntoma de retraso o de discapacidad.

CONSEJO: Hablar de forma clara y correcta a los niños y dejar de lado el lenguaje infantil



Características (tipo B. Dislalia audiógena):

- Su origen se encuentra en la deficiencia auditiva
- El individuo no oye bien y, por lo tanto, no articula correctamente. Confunde los fonemas que se parecen al no tener una buena discriminación auditiva.



Características (tipo C. Dislalia orgánica):

- Todas aquellas alteraciones de la articulación cuyo origen reside en una causa

orgánica: labios, lengua, paladar, etc.

● Disartria



¿Qué es?

Trastorno de la expresión verbal, es decir el habla, causado por una alteración en el control muscular de los mecanismos del habla por lesiones en el Sistema Nervioso Central o por enfermedades en los nervios o los músculos de la lengua, faringe o laringe.

Comprende las disfunciones motoras de:

- Respiración
- Fonación
- Resonancia
- Articulación
- Prosodia

Es decir:

La persona puede mostrar problemas de:

- respiración (irregular, insuficiente e incoordinación entre respiración costal y diafragmática)
- de fonación (voz débil, temblorosa y sin modulación)
- de articulación (precisión y lentitud en la pronunciación)
- de resonancia (palabra borrosa y desigual)
- de ritmo (palabra demasiado rápida o lenta)
- de prosodia (reducción de intensidad en el acento prosódico o desviaciones melódicas poco manifiesta)



Datos

IMPORTANTE: En estos casos, antes de valorar una causa neurológica hay que descartar cualquier problema mecánico de los labios, lengua y paladar. Las dificultades disártricas pueden variar en severidad desde la incapacidad completa de la articulación (anartria) hasta un arrastre mínimo de las consonantes.



Tipos:

- Disartria bulbar: Causada por una lesión en el bulbo raquídeo (base del troncoencefalo), afecta a los núcleos del aparato oro-linguo-palato-faríngeo.
- Disartria pseudobulbar: La lesión se localiza en las vías corticobulbares, que unen la corteza cerebral, que envía los estímulos voluntarios, con los centros del bulbo raquídeo. Se puede deber a infartos lacunares o a enfermedades como la esclerosis lateral amiotrófica (ELA).
- Disartria cerebelosa: Se debe a afectación del cerebelo, órgano importante en la coordinación del movimiento. En este caso se da un habla cándida, silabeante, con cierto

temblor y gangosa.

- Disartria parkinsoniana: La que se da en el contexto de una Enfermedad de Parkinson o en otros síndromes parkinsonianos.

Consecuencias:

Se distingue de una afasia motora en que no es un trastorno del lenguaje, sino del habla; es decir, el paciente manifiesta dificultades asociadas con la articulación de fonemas. Entre los síntomas destaca:

- Emisiones más automáticas
- Contexto conversacional
- Voz forzada, disfónica
- Respiración irregular y poco coordinada
- Articulación defectuosa
- Ritmo lento
- Tono y volumen del habla

El afectado por disartria puede producir sonidos inexistentes en su lengua habitual puesto que no articula correctamente. En el diagnóstico y rehabilitación debe participar un equipo multidisciplinario compuesto, al menos, por: neuropsicólogo, logopeda, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, kinesiólogo.

● **Disfemia**

¿Qué es?

Trastorno que afecta la fluidez del habla que se caracteriza por una expresión verbal interrumpida en su ritmo de un modo más o menos brusco. Presenta, junto con las alteraciones del habla, manifestaciones de tensión muscular como movimientos de manos, cierre de ojos, gesticulación facial y movimientos corporales.

Datos:

Suele aparecer a una edad temprana, antes de los 7 años en el 88% de los casos y suele ser más frecuente en varones.

Tipos:

Según etiología:

- Neurogenética

Es producida por alguna lesión o golpe en el cerebro. También se conoce como tartamudez adquirida.

El tartamudeo puede ocurrir en cualquier parte de la palabra. Tartamudean incluso cantando o susurrando. No muestran miedo o ansiedad.

- Psicógena

Es la menos común. Es producido por algún trauma severo. Por el siglo XIX, se pensaba que era la causa principal de tartamudez. Con los recientes estudios, se ha demostrado que no era correcta. El tartamudeo es independiente de la situación. No muestran ansiedad.

- De desarrollo

Es el tipo de tartamudez más común. Ocurre cuando el niño está aprendiendo el lenguaje y el habla, alrededor de los 2 y 5 años. El niño cuando está aprendiendo estructuras gramaticales más complejas tiene deficiencias propias de este aprendizaje. Unos reaccionarán adecuadamente, recuperándose de esta fase. Otros, si se han dado los factores en intensidad y relación adecuados para disparar la tartamudez, reaccionarán ante estas deficiencias desarrollando estrategias para superarlas (uso de fuerza y tensión en el habla) y ocultarlas (evitar hablar).

En relación con la dificultad de articulación:

- Clónica

Caracterizada por las repeticiones de sílabas y palabras enteras, más frecuentes en consonante que en vocal, más todavía en oclusivas y que se dan mayoritariamente a principio que en medio de palabra.

- Tónica

Caracterizada por las múltiples interrupciones ocasionadas por espasmos. Durante las interrupciones el paciente muestra rigidez y tensión faciales. Es la que presenta peor diagnóstico.

- Mixta.

Es el tipo más frecuente, porque resulta difícil encontrar un disfémico puro tónico o clónico, la mayoría combinan los dos síntomas.

En relación con la severidad

En función de la duración del trastorno:

- Evolutiva
- Benigna
- Persistente



Diagnóstico:

Una disfemia evolutiva simple puede aparecer durante el proceso de desarrollo del lenguaje del niño, especialmente en torno a los **tres años**, o bien tras el nacimiento de un hermano como forma de llamar la atención.

En ella el niño no sufre los síntomas asociados de miedo, estrés, etc. que sufre el disfémico

consciente cuando tiene que enfrentarse a una situación en la que tiene que emplear el lenguaje oral. Además, en la tartamudez evolutiva es más frecuente la repetición de palabras enteras.

Si el niño mantiene esta **tartamudez o disfemia evolutiva** en el tramo comprendido entre los 3 y los 5 años estamos ante una tartamudez episódica o fisiológica. En ninguno de los dos casos es aconsejable la intervención, que hasta puede ser contraproducente, y debemos limitarnos a proporcionar el ejemplo correcto al niño sin castigarle por sus malas articulaciones. Sólo un 10 % de los niños con tartamudez fisiológica llegará a desarrollar una disfemia en la edad adulta.

Para poder diagnosticar una disfemia en niños, por lo tanto, el sujeto ha de ser **mayor de 5 años**.

- Si el niño tiene entre 5 y 7 años estamos ante una disfemia primaria.
- Si el niño tiene entre 7 y 10 años estamos ante una disfemia secundaria: el niño presenta un agravamiento de los síntomas y se hace plenamente consciente del trastorno, por lo que empieza a adoptar estrategias evitativas como cambiar la sintaxis de las frases o palabras por sus sinónimos para lograr enunciados más fáciles de pronunciar. Además, el niño ya tendrá problemas sociales con sus compañeros.¹⁰



Signos de alarma:

- Repetición de partes de palabra, palabras y/o frases, en número y frecuencia aumentada.
- Cambios de intensidad y frecuencia de la voz.
- Pausas, interjecciones y/o muletillas en un número mayor al habitual.
- Incomodidad al hablar.
- Esfuerzo al hablar.
- Prolongaciones.
- Tensión corporal visible y audible.
- Dificultad al empezar a hablar y/o en mantener el patrón respiratorio.
- Cambio de palabra por temor al bloqueo.
- Miedo a producir determinados sonidos.
- Evitar hablar o contestar con monosílabos (sí, no, vale,...).
- Miedo a enfrentar determinadas situaciones verbales.

¹⁰ Para saber más puede consultarte: LA TARTAMUDEZ. GUÍA PARA PADRES: https://www.fundacionttm.org/wp-content/uploads/2015/12/guia_padres.pdf

LA TARTAMUDEZ. GUÍA PARA DOCENTES: https://www.fundacionttm.org/wp-content/uploads/2014/09/guia_docentes_ES.pdf

- Poca participación en clase.
- Timidez exacerbada.



Factores a evaluar:

- Antecedentes familiares.
- Retraso en la aparición de la palabra o del lenguaje.
- Trastornos de la madurez motriz con o sin trastorno de la lateralización, el grado de tensión muscular.
- Trastornos de la articulación.
- Dificultades de la respiración.
- Trastornos del carácter o del comportamiento.
- Trastornos del estado emocional, problemas de inhibición o ansiedad.
- Actitud de la persona hacia el tratamiento: si va forzado o voluntariamente al logopeda.
- Grado de comprensión sobre el problema.
- Movimientos asociados a la disfemia en ojos, cara y cuello.
- Duración del trastorno (más de un año indica disfemia no evolutiva).



El mejor tratamiento:

Es fundamental no reaccionar negativamente ante las dificultades que se experimentan, debe evitarse la manifestación de signos de ansiedad o impaciencia.

Las autocríticas y censuras en este aspecto deben olvidarse por completo, y practicar la relajación.

Es recomendable obtener apoyo de amigos y familiares. Debe tratarse de identificar aquellas personas en la que se pueda confiar para compartir los avances en el proceso de afrontamiento. Deben potenciarse situaciones para conversar y hablar en un ambiente relajado y tranquilo, sin prestar demasiada atención a los fallos.


Es bueno conservar el contacto visual natural cuando se esté hablando, reforzando la conversación con el lenguaje gestual movimientos de cabeza, sonrisas, ...

Debe hablarse abiertamente sobre la tartamudez, informar a los oyentes o participantes de una conversación si se necesita más tiempo para comunicarse. El tartamudo debe poder utilizar el tiempo que necesite para expresarse.



La recuperación probablemente será un proceso largo y gradual, por lo que debe conservarse la paciencia y el respeto consigo mismo.


- Tipos:**
- Disfonía orgánica
 - Disfonía funcional

 **Etiología**


Debido a:

- Alteraciones orgánicas
- Dificultad de coordinación de los órganos implicados en la fonación, también llamadas disfonías funcionales.

● **Rinofonía**

 **¿Qué es?**

Alteración de la voz causada por lesiones en las fosas nasales.

 **Tipos:**

- Abierta: Es aquella en la que hay un exceso de aire que se escapa por la nariz durante la emisión vocal por fisura palatina o paresia del velo paladar.
- Cerrada: Obstrucción nasal que impide el paso del aire hacia la nariz para la emisión de los fonemas nasales. Puede deberse a vegetaciones adenoideas, pólipos nasales o tumores nasofaríngeos.

Trastornos del lenguaje

La clasificación de los trastornos del lenguaje debe realizarse en base a un modelo que guíe el análisis de la patología lingüística, no obstante, en la actualidad existen una amplia gama de alternativas de categorización de los distintos trastornos.

Algunas de estas clasificaciones son:

1. Clasificación sobre la base de criterios neurolingüísticos
2. Clasificación sobre la base de criterios etiológicos y psicopatológicos
3. Clasificación propuesta por Narbona y Chevrie-Muller
4. Clasificación de las alteraciones del lenguaje en función del componente del lenguaje alterado y de la etiología
5. Clasificación de la Asociación Psiquiátrica Americana (APA)
6. Clasificación de la Organización Mundial de la Salud
7. Clasificación siguiendo el modelo de procesamiento de la información

Desarrollo normativo

Distintas clasificaciones

1. Clasificación sobre la base de criterios neurolingüísticos:

Variedad de cuadros clínicos debido a:

- La naturaleza modular del lenguaje: considera que cada cuadro clínico se encuentra en correspondencia a una deficiencia en algunos de los componentes lingüísticos, tanto a nivel comprensivo como expresivo
- Las asociaciones que se producen entre estas deficiencias
- Las patologías relacionadas con los defectos de la instrumentación de base (audición, aparato neuromotor especializado) y los déficits de los procesos intermediarios gnósicos y práxicos.

2. Clasificación sobre la base de criterios etiológicos y psicopatológicos:

Para realizar un correcto proceso de evaluación e intervención, es importante que se establezca con claridad, el criterio que se tendrá en cuenta para estimar una patología como congénita o adquirida. Los autores siguen distintos criterios de orden cronológico.

3. Clasificación propuesta por Narbona y Chevie-Muller:

Estos autores defienden que una clasificación satisfactoria debería considerar en forma simultánea, los criterios etiológico y lingüístico, proponiendo una categorización en un cuadro de doble entrada donde en las columnas se ubica el criterio etiológico (congénito o adquirido) y en las filas, las patologías en los diferentes procesos y funciones del lenguaje, señalados en su modelo neuropsicolingüístico.

4. Clasificación de las alteraciones del lenguaje en función del componente del lenguaje alterado y de la etiología:

Pyuelo considera que se puede hacer una clasificación de los trastornos en función de:

- los componentes del lenguaje
- la etiología.

● Retraso del lenguaje

¿Qué es?

Desfase cronológico del conjunto de aspectos del lenguaje en los aspectos:

- Fonológico
- Vocabulario
- Sintaxis
- En un niño que no presenta alteraciones evidenciales a nivel mental, ni sensorial, ni motor, ni relacional.

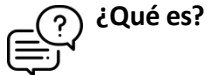
Pautas cuantitativas:

- Aparición de las primeras palabras después de los 2 años.
- Combinaciones de 2-3 palabras a los 3 años.
- Persistencia de numerosas dificultades fonéticas/fonológicas después de los 3 años.
- Vocabulario de menos de 200 palabras a los 3 años y medio.
- Simplificación en la estructuración lingüística.

Pautas cualitativas:

- Los niños suelen seguir con bastante fidelidad las pautas clásicas de desarrollo lingüístico.
- La expresión es el aspecto más afectado; en la mayor parte de los casos, la comprensión casi no suele ofrecer dificultades.

● **Disfasia infantil o Trastorno Específico del lenguaje (TEL)**



¿Qué es?

“Alteración significativa en la adquisición y desarrollo del lenguaje, que no está justificada por ninguna causa física, neurológica, intelectual ni sensorial, en unas condiciones sociales adecuadas”

La opinión de algunos autores:

➤ **Benton, 1964**

Un trastorno del desarrollo caracterizado por presentar problemas severos de comprensión y/o expresión del lenguaje hablado, en ausencia de pérdida auditiva, retraso mental o trastorno emocional.

➤ **Asha, 1980**

Un trastorno de lenguaje es la anormal adquisición, comprensión o expresión del lenguaje hablado o escrito.

El problema puede implicar a todos, uno o algunos de los componentes fonológico, morfológico, semántico, sintáctico, o pragmático del sistema lingüístico. Los individuos con trastornos del lenguaje tienen frecuentemente problemas de procesamiento del lenguaje o de abstracción de la información significativa para almacenamiento y recuperación por la memoria a corto o a largo plazo.

➤ **Leonard, 1998**

Limitación significativa del lenguaje que no es debida a pérdida auditiva, daño cerebral, baja inteligencia, déficits motores, factores socio-ambientales o alteraciones del desarrollo afectivo.

Trastornos específicos del Lenguaje (TEL) según el DSM-V

A. Dificultades persistentes en la adquisición y uso del lenguaje en todas sus modalidades (es decir, hablado, escrito, lenguaje de signos u otro) debido a deficiencias de la comprensión o la producción que incluye lo siguiente:

1. Vocabulario reducido (conocimiento y uso de palabras).
2. Estructura gramatical limitada (capacidad para situar las palabras y las

terminaciones de palabras juntas para formar frases basándose en reglas gramaticales y morfológicas).

3. Deterioro del discurso (capacidad para usar vocabulario y conectar frases para explicar o describir un tema o una serie de sucesos o tener una conversación).

B. Las capacidades de lenguaje están 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.

C. El inicio de los síntomas se produce en las primeras fases del período de desarrollo.

D. 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 (trastorno del desarrollo intelectual) o retraso global del desarrollo.



Características:

Las dificultades para la adquisición y el uso del lenguaje debido a deficiencias de la comprensión o la producción del vocabulario, las estructuras gramaticales y el discurso. Las deficiencias del lenguaje son evidentes en la comunicación hablada, la comunicación escrita y el lenguaje.

El aprendizaje y el uso del lenguaje dependen de:

- **CAPACIDAD EXPRESIVA:** Producción de señales vocales, gestuales o verbales.
- **CAPACIDAD EXPRESIVA:** Proceso de recibir y comprender los mensajes lingüísticos.

El trastorno del lenguaje normalmente afecta al vocabulario y a la gramática, y esto limita la capacidad de discurso.



Diagnóstico:

Debería realizarse basándose en la síntesis de:

- Antecedentes del individuo
- Observaciones clínicas directas en diferentes contextos
- Los resultados de las pruebas estandarizadas para medir la capacidad del lenguaje, que pueden utilizarse para orientar las estimaciones de la gravedad.

Comorbilidad

El trastorno del lenguaje se asocia de forma importante a otros trastornos del neurodesarrollo, como:

- El trastorno específico del aprendizaje (lectoescritura y aritmética)
- El trastorno por déficit de atención/hiperactividad
- Trastorno del espectro autista
- Trastorno del desarrollo de la coordinación

También está asociado al trastorno de comunicación social (pragmático). Antecedentes

familiares del habla o del lenguaje.



Datos

- El TEL es un trastorno muy común, aunque en sus formas leves no siempre se diagnostica adecuadamente.
- Importantes discrepancias sobre el CI de niños con TEL.
- Las dificultades del habla son diferentes de los trastornos del lenguaje.
- La lectura y el aprendizaje pueden estar afectados en niños con TEL (entre el 40 y el 70%).
- El TEL se puede diagnosticar con bastante precisión, sobre todo a partir de los 5 años.
- La condición tiene importantes componentes genéticos.
- Más frecuente en niños que en niñas (2:1).



Características:

- Aparición de las primeras palabras después de los 3 años.
- Primeras combinaciones de palabras después de los 4 años.
- Persistencia de un lenguaje esquemático después de los 6 años.
- Existencia de problemas de comprensión.



Consecuencias de un tratamiento tardío o ausente:

- Problemas de aprendizaje
- Problemas de lectoescritura
- Desarrollo intelectual menor
- Repitencias, deserción escolar
- Quejas continuas de los demás
- Burlas constantes de otros niños
- Problemas emocionales



-Signos de alarma:

- No habla, sólo usa gestos
- No comprende órdenes simples (Ej: párate, siéntate, come, etc.)
- No obedece nunca
- Habla poco o más enredado en relación a los otros niños de su edad
- Pide las cosas con gritos, señalando, con llantos o pegando.
- Niños prematuros y/o con retraso del desarrollo psicomotor



- **TEL Expresivo:** Se caracteriza por una alteración del procesamiento expresivo del lenguaje con un nivel comprensivo general normal junto a un desarrollo cognitivo y motor adecuados.
- **TEL Mixto:** Se caracteriza por un defecto funcional del lenguaje que afecta sus dimensiones expresivas y comprensivas. Además, pueden presentar alteraciones de memoria, dificultad en habilidades de psicomotricidad fina y gruesa y falta de motivación.

 **Tipos (otro tipo de clasificación):**

1. AGNOSIA AUDITIVA VERBAL

- Imposibilidad para discriminar estímulos auditivos
- Puede no haber lenguaje
- Si hay lenguaje: dificultades en comprensión y expresión
- Presenta interés en comunicarse
- Puede tener conductas parecidas al autista

2. DISFASIA FONOLÓGICO-SINTÁCTICA

- Más frecuente
- Más afectada la expresión que la comprensión
- Alterada la fluencia, pronunciación de sonidos y sintaxis
- Responden bien al tratamiento logopédico

3. DISFASIA LÉXICO-SINTÁCTICA

- Más dificultades en la expresión que en la comprensión
- Dificultades en el uso de palabras de acción y funcionales
- Sintaxis deficiente

4. DISFASIA SEMANTICO-PRAGMÁTICO

- Se asemeja a la comunicación del autista
- Alterados los aspectos formales del lenguaje
- Alterada la pragmática: toma de turnos, inicios de conversación, lenguaje figurado, etc.
- Relación social aceptable.

● **Afasia infantil**

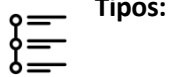


¿Qué es?

Se diferencia de la afasia adulta por el tipo de desórdenes que produce y no tanto por la lesión en sí, ya que en el niño (dependiendo de la edad), al no estar totalmente elaborados los esquemas neuro-lingüísticos, la lesión no produce tanta alteración como en el adulto.

También se diferencia de la adulta en que hay reducción del lenguaje espontáneo, acompañado de pobreza de vocabulario y estilo telegráfico (palabras yuxtapuestas en una

frase sin nexos gramaticales); en ocasiones, las frases emitidas están correctamente articuladas y con adecuada construcción gramatical, no hay estereotipias ni parafasias y la recuperación es más rápida que en el adulto.



Tipos:

Afasia infantil congénita:

El niño que no desarrolla el lenguaje oral o presenta una expresión limitada a unas cuantas palabras cuando ya ha pasado el periodo principal de la adquisición (después de los 4 años), sin que existan otros factores que puedan explicar tal ausencia como en el autismo, sordera...

Puede afectar a la expresión "Afasia expresiva" o "audio mudéz" O también a la comprensión "Afasia receptiva o mixta o sordera verbal".

Normalmente cursa lesiones cerebrales precoces o disfunciones congénitas.

Algunos casos de disfasia casi todos los casos de afasia congénita se inscriben dentro de un cuadro de deficiencia mental.

Afasia infantil adquirida:

Es una pérdida total o parcial del lenguaje en niños menores de 10 años, a causa de una lesión cerebral adquirida, detectable o no (meningitis, traumatismo craneal...) que afecta a las áreas implicadas en el lenguaje.

4. BIBLIOGRAFÍA

- Buceta Cancela, M. Manual De Atención Temprana. 1th. ed. Madrid: Síntesis; 2012
- Castellanos, P., García, F., y Mendieta, P. La estimulación sensorio motriz desde el modelo integral de intervención en atención temprana. Siglo cero: Revista Española sobre Discapacidad Intelectual. 2000; 31 (190), 5-13.
- Córdoba, L., y Soto, G. Familia y discapacidad: intervención en crisis desde el modelo ecológico. Revista internacional de psicología clínica y de la salud. 2007; 15 (3), 525-541.
- Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana. Libro Blanco De La Atención Temprana. 3th. ed. Madrid: Real Patronato sobre Discapacidad; 2005
- Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana. GAT. Guía para el desarrollo infantil desde el nacimiento hasta los 6 años; 2010.
- García, F. Objetivos de futuro de atención temprana. Revista de Atención Temprana. 2003; 6 (1),32-37.
- García, F. Valoración de la necesidad de extensión de los servicios de Atención Temprana al ámbito hospitalario. Anales de pedagogía. 1998;1 (16), 249-268.
- Garrido Eguizábal, M., Rodríguez Ruiz, A., Rodríguez Ruiz, R., & Sánchez Rodríguez, A. (2008). El niño de 0 a 3 años: guía de atención temprana para padres y educadores. Logroño: Gobierno de La Rioja, Consejería de Educación, Cultura y Deporte, 2008.
- Gracia Millá, M., y Mulas, F. Atención temprana. 1th.ed. Valencia: Promolibro; 2005
- Guralnick, M. Effectiveness of early intervention for vulnerable children: a developmental perspective. American Journal on mental retardation. 2008; 102 (4), 8-50.
- Gutierrez Cuevas, P. (2005). Atención temprana: prevención, detección e intervención en el desarrollo (0-6 años) y sus alteraciones ([1ª ed.]). Editorial Complutense.
- Guzmán, D., Granatto, y Génesis G. Revista Médica y de Enfermería. Vol. III. Nº 8 Diciembre, 2020. Pág. Inicial: Vol. III; nº8:114
- Mansilla, M. Etapas del desarrollo humano. Revista de investigación en Psicología. 2000; 3(2), 105-116.
- Martínez, A., Calet, N. Intervención en Atención Temprana: Enfoque Desde el Ámbito Familiar. Escritos de Psicología. 2015; 8 (2), 33-42.
- Millá, M. G., & Mulas, F. (2009). Atención temprana y programas de intervención específica en el trastorno del espectro autista. Revneurol, 48(Supl 2), S47-52.
- Mulas, J., y Pérez, J. El funcionamiento de un Centro de Desarrollo Infantil y Atención Temprana (CDIAT). Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado. 2009; 65 (23), 21-38.
- Perera, J. Atención temprana: Definición, objetivos, modelos de intervención y retos planteados. Revista Síndrome de Down. 2011; 28, 140-152.

Perpiñán, S. Generando entornos competentes. *Revista de Atención Temprana*. 2003; 6 (1), 11-17.

Peñafiel Puerto M. Indicadores tempranos de los trastornos del lenguaje. *Form Act Pediatr Aten Prim*. 2012;5;40-6. Disponible en: FAPap - Indicadores-tempranos-de-los-trastornos-del-lenguaje.

Roncallo, C., Sanchez, M y Arranz, F. Vínculo materno-fetal: implicaciones en el desarrollo psicológico y propuesta de intervención en atención temprana. *Escritos de Psicología*. 2015; 8 (2), 14-23.

Sánchez, J., y Candel, I. Aplicación de programas de atención temprana siguiendo un modelo educativo. *Educar em Revista*. 2012; (43), 33-48.

BLOQUE III

Programas de intervención en el ámbito comunicativo y del lenguaje. Intervención desde la escuela. Recursos de intervención.

Objetivos:

Con este bloque pretendemos que el alumnado consiga los siguientes objetivos establecidos como resultados de aprendizaje en la guía docente de la asignatura.

1. Conocer el diseño y realización de acciones dirigidas a la estimulación del lenguaje orientados a promover propuestas educativas inclusivas.
2. Diseñar y planificar un plan de estimulación del lenguaje en alumnos de Educación Infantil.
3. Planificar actuaciones formativas dirigidas a las familias relacionadas con el desarrollo de la comunicación y el lenguaje, la detección de signos de alarma y de posibles dificultades, así como la estimulación en el ámbito familiar.
4. Es capaz de establecer los criterios de atención al alumnado para promover un desarrollo óptimo del lenguaje en la etapa de educación infantil.
5. Conocer los recursos necesarios para planificar un plan de intervención educativa.

1. INTRODUCCIÓN

La Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) define la Educación Inclusiva como un proceso que permite abordar y responder a la diversidad de las necesidades de todos los educandos a través de una mayor participación en el aprendizaje, las actividades culturales y comunitarias y reducir la exclusión dentro y fuera del sistema educativo.

Des de esta perspectiva, uno de los objetivos de la escuela inclusiva ha de ser el de promover el desarrollo de capacidades y de los contenidos culturales necesarios para que el alumnado pueda participar e integrarse en su medio sociocultural. Debe favorecer la igualdad de oportunidades, proporcionar una educación personalizada y fomentar la participación, la solidaridad y la cooperación entre el alumnado. En conclusión, aprender juntos independientemente de sus condiciones personales, sociales o culturales.

Para poder desarrollar estos objetivos, se necesita de la coordinación de los distintos agentes y entornos formativos comunitarios, potenciando la idea de la Escuela como comunidad educativa, ligada al sentido de pertenencia y responsabilidad compartida.

Así mismo, es importante tener en cuenta la atención a las condiciones socio familiares como uno de los factores que pueden ser origen de desigualdades, potenciar el papel activo de las familias y su responsabilidad compartida con el resto de agentes y entornos, así como tener en cuenta la diversidad familiar de nuestro alumnado.

La Ley Orgánica 3/2020, de 29 de diciembre, que modifica la ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación (en adelante LOMLOE), en su texto consolidado, establece, los principios en los que se inspira el sistema educativo, entre los que se encuentran la calidad de la educación para todo el alumnado; la equidad que garantice la igualdad de derechos y de oportunidades, la no discriminación y la inclusión educativa; la flexibilidad para adecuar la educación a la diversidad de aptitudes, intereses, expectativas y necesidades del alumnado; la educación a lo largo de toda la vida, la autonomía para establecer y adecuar las actuaciones organizativas y curriculares y la participación de la comunidad educativa en la organización, gobierno y funcionamiento de los centros docentes.

El centro educativo como garante de la inclusión, recogerá en sus documentos todas las actuaciones que, desde las más generales hasta las más específicas, respondan de forma inclusiva a la diversidad del alumnado de forma que todas y todos puedan acceder, permanecer y progresar en el sistema educativo. La prevención y la respuesta anticipada, la colaboración y coordinación dentro y fuera del centro educativo, el cambio de metodología en el aula y la

participación de la comunidad educativa son las premisas desde las que decidir la respuesta educativa más inclusiva para todo el alumnado.

La evolución de la integración educativa ha provocado la aparición del paradigma de la inclusión educativa, como una manera distinta de entender y practicar la educación que incumbe y afecta a toda la comunidad educativa. Según Muntaner Guasp (2016) que la educación inclusiva se sustenta en tres pilares básicos:

1. Todos somos diferentes y esta diferencia no representa un problema en la escuela, sino una oportunidad de cambio, innovación y mejora de la práctica educativa.
2. Centrar la atención educativa en la reducción o eliminación del déficit nos lleva a una vía muerta, a una situación sin salida con medidas repetidas e ineficaces. Se entiende que el problema no es de la persona, sino de las condiciones del entorno que se ofrece a esta persona para desarrollar sus capacidades. El foco de atención pasa de fijarnos en el déficit y las limitaciones del individuo al contexto y sus características.
3. Al ser coherente con estos planteamientos surgen los apoyos, no como recursos o ayudas especiales para determinadas personas, sino como elementos naturales a disposición de cualquier persona con y sin discapacidad. Los apoyos se sitúan entre las capacidades concretas del individuo y las exigencias del entorno con dos objetivos claros: permitir que cada persona pueda hacer mejor y más fácilmente aquello que ya podía hacer sin los apoyos; y permitir que puedan hacer cosas que sin ellos sería imposible.

En este contexto, la figura del especialista en comunicación y lenguaje se incorpora al equipo docente, como miembro del equipo de apoyo de la escuela, para aportar sus conocimientos, experiencias y especialidad no desde una posición clínica, sino escolar; así lo señalan Castejón y España (2004, p. 55): “la característica de un modelo de logopeda escolar se apoya en la colaboración y promueve la acción directa en el aula más que la provisión individualizada fuera del aula al margen del proceso de enseñanza-aprendizaje y del currículum”.

Así pues, los planteamientos inclusivos obligan a pensar en actuaciones de apoyo coordinadas entre los distintos profesionales, cuestión que exige a los maestros expertos de la comunicación y el lenguaje un doble aprendizaje: trabajar con los niños y las niñas dentro del aula y aprender a colaborar con el resto del profesorado. La intervención debe reorientarse hacia el aula, incorporando programas de estimulación del lenguaje en las aulas de educación infantil, especialmente en aquellas en las que se incluyen a los niños de 3 años. La finalidad principal de estos programas es la estimulación del lenguaje y la prevención, y que el alumnado

con dificultades del lenguaje consiga mejorar en situaciones colectivas dentro de la clase con actuaciones más individualizadas con determinados alumnos y alumnas.

Por otro lado, el apoyo a las familias en estos casos se orienta a que éstas mejoren las interacciones que acontecen en el hogar, sin perder de vista que cada familia es un caso irrepetible y singular. Con todo, debe recibir ayuda de los profesionales para buscar soluciones y aumentar sus habilidades comunicativas y lingüísticas con el niño.

2. ACTUACIONES DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA

Las actuaciones de intervención educativa son todas aquellas acciones educativas intencionadas, planificadas y evaluables, que se desarrollan en los centros docentes para dar respuesta a la diversidad del alumnado.

De acuerdo con lo dispuesto en el DECRETO 188/2017, de 28 de noviembre, del Gobierno de Aragón, por el que se regula la respuesta educativa inclusiva y la convivencia en las comunidades educativas de la Comunidad Autónoma de Aragón, modificado por el DECRETO 164/2022, de 16 de noviembre, del Gobierno de Aragón, por el que se modifica el Decreto 188/2017, de 28 de noviembre, del Gobierno de Aragón, por el que se regula la respuesta educativa inclusiva y la convivencia en las comunidades educativas de la Comunidad Autónoma de Aragón y desarrollado mediante la ORDEN ECD/1005/2018, de 7 de junio, por la que se regulan las actuaciones de intervención educativa inclusiva, “las generales son aquellas actuaciones planificadas que se desarrollan en el centro y en el aula con carácter ordinario y que van dirigidas a todo el alumnado, a un grupo o a un alumno en concreto, reflejándose en el Plan de Atención a la Diversidad del centro” (artículo 12).

Las actuaciones generales parten de la autonomía de los centros y se concretan en aquellas prácticas que favorecen la respuesta educativa inclusiva. Dichas actuaciones van dirigidas a toda la comunidad educativa, a un grupo de alumnos o a un alumno en concreto, de forma temporal. Se refieren a la toma de decisiones respecto a:

- a) Prevención de necesidades y respuesta anticipada.
- b) Promoción de la asistencia y de la permanencia en el sistema educativo.
- c) Función tutorial y convivencia escolar.
- d) Propuestas metodológicas y organizativas.
- e) Oferta de materias incluidas en el bloque de asignaturas de libre configuración autonómica.
- f) Accesibilidad universal al aprendizaje:
- g) Adaptaciones no significativas del currículo.

- h) Programas de colaboración entre centros docentes, familias o representantes legales y comunidad educativa.
- i) Programas establecidos por la Administración competente en materia de educación no universitaria, así como otros en coordinación con diferentes estructuras del Gobierno de Aragón.

Un ejemplo de una medida general serían los planes de estimulación del lenguaje.

Las actuaciones específicas, según el artículo 26 de la citada orden, partirán de las necesidades detectadas en la evaluación psicopedagógica y se concretarán en modificaciones significativas individualizadas y prolongadas en el tiempo, y estarán referidas a:

- a) El acceso, los elementos esenciales y la organización del currículo.
- b) El acceso o la permanencia en el sistema educativo.
- c) Los recursos necesarios que facilitan el desarrollo de estas actuaciones.

Se consideran actuaciones específicas de intervención educativa:

- a) Adaptaciones de acceso.
- b) Adaptación curricular significativa.
- c) Flexibilización en la incorporación a un nivel inferior respecto al correspondiente por edad.
- d) Permanencia extraordinaria en las etapas del sistema educativo.
- e) Aceleración parcial del currículo.
- f) Flexibilización en la incorporación a un nivel superior respecto al correspondiente por edad.
- g) Cambio de tipo de centro.
- h) Escolarización combinada.
- i) Otros programas específicos...

Un alumno presentará necesidad específica de apoyo educativo cuando la Red Integrada de Orientación Educativa, mediante la evaluación psicopedagógica y de acuerdo con los criterios establecidos (anexo IV de la Orden 1005/2018), establezca que se trata de un alumno con necesidades educativas especiales para el que se proponen actuaciones generales y/o específicas o un alumno con necesidad específica de apoyo educativo de cualquiera de las otras tipologías para el que se proponen actuaciones específicas.

El Decreto 164/2022, de 16 de noviembre, del Gobierno de Aragón, por el que se modifica el Decreto 188/2017, de 28 de noviembre, del Gobierno de Aragón, por el que se regula la respuesta educativa inclusiva y la convivencia en las comunidades educativas de la Comunidad Autónoma de Aragón, añade un nuevo artículo que contempla específicamente al alumnado con necesidad específica de apoyo educativo por trastornos del desarrollo del lenguaje y la comunicación.

1. Se entiende por alumnado con necesidad específica de apoyo educativo por trastornos del desarrollo del lenguaje y la comunicación aquel que presente trastornos de la comunicación diferentes al trastorno del lenguaje y que requiera, por un periodo de su escolarización, o a lo largo de toda ella, de actuaciones educativas específicas, sin perjuicio de lo dispuesto en el apartado 2 del artículo 20.
2. Se consideran trastornos de comunicación diferentes al trastorno del lenguaje los siguientes:
 - a) Trastorno fonológico
 - b) Trastorno de la fluidez de inicio en la infancia (tartamudeo).
 - c) Trastorno de la comunicación social (pragmático).

En este caso, el profesional de dicha Red emitirá el informe psicopedagógico conforme al anexo III A y recabará de las familias o representantes legales autorización escrita o conformidad, en su caso, según el anexo V correspondiente.

En dicho informe se recogerán las actuaciones generales de intervención educativa adoptadas con anterioridad y las orientaciones para la respuesta educativa inclusiva en los ámbitos educativo y familiar. En el informe constarán las conclusiones de la evaluación, la propuesta de actuaciones generales y específicas, la propuesta de escolarización, el tipo de centro y la solicitud de autorización al director del Servicio Provincial competente en materia de educación no universitaria para desarrollar estas actuaciones, según se establece en el artículo 25 de la citada ORDEN ECD/1005/2018, de 7 de junio. Asimismo, se recogerá la autorización escrita o la conformidad familiar.

3. PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN

Los programas de intervención constituyen un conjunto de actividades planificadas, orientadas a originar un cambio en el desarrollo y el aprendizaje del niño. Debe cumplir con la doble función de **compensación y prevención**.

Todas las interacciones de aprendizaje se pueden dividir en dos grupos: **aprendizaje directo y aprendizaje mediado**. El aprendizaje mediado por otro ser humano es indispensable para un/a niño/a puesto que le ayuda a crear aquellos prerrequisitos cognitivos que luego hacen que el aprendizaje directo sea efectivo. Existen muchos criterios para el aprendizaje mediado, pero tres son los más importantes: intencionalidad, trascendencia y significado. Una de las mayores contribuciones del mediador humano es la de transformar la situación de aprendizaje de incidental a intencional, de tal manera que el/la niño/a experimente el material en vez de tan sólo registrarlo. Esto se logra mediante la constante intención del adulto de presentar al niño/a cierto material y de permanecer abierto a la respuesta del niño. (Orrú,2003).

A la hora de iniciar un programa de intervención, debemos tener en cuenta una serie de aspectos como son los principios que debe tener, así como los elementos, los enfoques o los

tipos de programa, para poder aplicar el que más se ajuste a las necesidades del niño o de la niña.

3.1. Principios de un programa de intervención.

1. El objetivo de todos los programas de intervención debe ser acercar al niño, dentro de sus posibilidades, a niveles de normalidad/estándares.
2. A la hora de definir objetivos y metas, los criterios en los que nos vamos a basar serán los patrones del desarrollo normal/estándar.
3. Aunque a nivel general los programas persiguen todos ciertos objetivos comunes, las metas deben ser individuales.
4. Se deben establecer criterios de independencia y funcionalidad, así como criterios madurativos.

3.2. Elementos comunes de los programas de intervención

Las intervenciones, aunque se deban ajustar a la individualidad del sujeto, tienen una serie de aspectos comunes que las identifican:

- Se resalta la intercomunicación del niño con su medio.
- El niño es un aprendiz activo.
- Se enfatiza el aprendizaje en un contexto natural.
- Se recurre para la consecución de objetivos a actividades funcionales que tengan un sentido para el niño y que se inserten en las rutinas diarias.
- Los refuerzos utilizados son también naturales.
- Los padres son agentes principales en la intervención y no meros perceptores.

3.3. Enfoques en los programas de intervención

A la hora de aplicar un programa de intervención también debemos considerar el enfoque que le vamos a dar, para ajustarnos mejor a la situación concreta. Así, podemos hablar de un enfoque de pedagogía del lenguaje, de una re-educación, de una rehabilitación o de una terapia del lenguaje o de la comunicación, teniendo en cuenta que en algunos casos puedan requerirse intervenciones mixtas.

- **Educación o pedagogía del lenguaje**

La familia y los educadores se centran en descubrir cómo facilitar y reforzar la adquisición del lenguaje aún no asimilado (en relación a niños que no aprenden a hablar o lo hacen con gran lentitud. Manera de trabajar: sobre mecanismos de adquisición y/o sobre contenidos, avanzando de manera progresiva hacia objetivos no alcanzados.

- **Re-educación**

Enfoque más puntual y específico. El educador tratará de conseguir la desaparición de errores (producidos en casos de dislalias, algunos hábitos inadecuados de respiración con en la fonación o formas expresivas primitivas), favoreciendo su evolución hacia modelos más elaborados o de sustitución por la forma correcta.

- **Rehabilitación (de origen médico)**

Intervención que intenta que el sujeto recupere alguna facultad perdida o alterada por un trastorno surgido después de su adquisición (afasia adquirida, ciertas disfonías).

- **Terapia del lenguaje o de la comunicación**

Intervención de carácter más global y no necesariamente lingüístico para algunos trastornos del lenguaje de ciertas patologías como el autismo, la esquizofrenia, ecolalia, verborrea o el mutismo selectivo.

En cualquier caso, siempre deberemos tener en cuenta algunos aspectos a la hora de intervenir, como son, por ejemplo:

- La actitud del educador varía según cada tipo de intervención.
- La reeducación: puede realizarse de forma aislada, pero requiere de cierta individualización.
- El enfoque educativo: abarca el entorno del niño y puede llevarse a cabo con pequeños grupos si éstos son homogéneos.
- Terapia: debe tener en cuenta el entorno, pero requiere una intervención de carácter individualizado (al menos al principio).
- Puede ser un grave error obsesionarse (tanto por parte de los padres como de educadores obsesionados por la adquisición del lenguaje o su corrección) interrumpir a cada instante cualquier tipo de actividad para corregir aspectos de la expresión del niño.
- Ello puede producir rechazo de la comunicación oral, ansiedad, bloqueo, etc. por parte del niño.

Un aspecto muy importante es mantener un EQUILIBRIO que permita mantener la actualidad de los intercambios y el aprovechamiento de las condiciones naturales para reforzar el uso del lenguaje.

3.4. Tipos de programas

En cuanto los tipos de programas de intervención, podemos encontrar diversidad de ellos, en función del tipo de sujeto al que va dirigida, de quien lo va a ejecutar o de su grado de intervención:

- Programas estandarizados: es cuando se construye sin pensar en ningún niño en concreto.
- Programas individualizados: cuando se elabora pensando en un niño en concreto.
- Programas orientados a la instrucción de los padres.
- Programas curriculares: es cuando especifica objetivos, procedimientos, material, refuerzos y actividades. Tienen una dirección más conductual y tecnológica y están más orientados a la adquisición de destrezas y habilidades.
- Programas no dirigidos: en ellos no está previamente establecido ningún tipo de actividad y se centran en buscar los intereses del niño, mediante actividades de juego y relación.
- Programas orientados y ejecutados por especialistas: se elaboran teniendo en cuenta que será el especialista de AL el encargado de llevarlo a cabo, lo cual no significa que los padres no colaboren.

Conocer al sujeto y sus circunstancias, determinará la tipología de programa con el que se realizará la intervención.

4. INTERVENCIÓN PEDAGÓGICA SOBRE EL LENGUAJE

Si nos centramos en una intervención pedagógica sobre el lenguaje debemos considerar que se enfrenta con un gran número de problemas metodológicos en los distintos momentos de su aplicación.

Se suele iniciar con una evaluación del niño y de su lenguaje para pasar por distintas etapas hasta llegar a determinar la naturaleza de los contenidos y métodos de la intervención.

En cuanto a esta evaluación del lenguaje debemos tener en cuenta que, en lo que se refiere a la expresión, existen grandes diferencias individuales entre sujetos “normales”: la fluidez y la calidad del lenguaje espontáneo presenta importantes variaciones entre los límites inferiores y superiores a la normalidad.

Para llevar a cabo una intervención primero es necesario un diagnóstico de las características del alumno, para, como hemos ido explicando, ajustarnos a sus necesidades e intervenir de manera adecuada.

El diagnóstico implica un conocimiento por parte del orientador de instrumentos estandarizados o pruebas elaboradas *ad hoc* además del dominio del procesado y análisis de recogida de información propias de la evaluación psicopedagógica.

Las pruebas elaboradas tienen un doble objetivo:

- Facilitar el diagnóstico más ajustado a las características y necesidades del alumno en su interacción con el medio
- Perfilar las líneas de actuación

La evaluación psicopedagógica sirve para identificar las necesidades educativas de determinados alumnos que presentan o pueden presentar desajustes en su desarrollo personal y/o académico.

4.1. Programa de instrucción sistemática

En un programa de instrucción sistemática, deberemos tener en cuenta diversos puntos, así como el desarrollo de cada uno de ellos, relevantes tanto a nivel individual como global. En un programa utilizado con frecuencia se compone, por lo tanto, de:

- Una valoración del lenguaje del niño
- La determinación de objetivos
- El programa de actividades individualizado
- La implementación de este
- La evaluación de dicho programa y los logros obtenidos.

1) VALORACIÓN

Existen tres formas diferentes de evaluar el lenguaje de un niño:

- **Pruebas o test:** en este caso será necesario contemplar tanto las ventajas como las desventajas de su aplicación para valorar el uso de las mismas en cada sujeto.
 - **Ventajas:** Aplicación relativamente sencilla, estabilidad formal, rapidez de corrección y si tienen baremos, de su valoración numérica muy clara.
 - **Desventajas:** Plantean situaciones artificiales, sólo miden aspectos limitados de la función lingüística, resultan escasamente comunicativos y se prestan a generalización excesivas a la hora de interpretar sus resultados. Ejemplo: muchos test de vocabulario expresivo se basan en una actividad de definición: definir una palabra supone bastante más que saber utilizarla en su contexto real, de ahí las diferencias que se registran habitualmente cuando se comparan los resultados de niños con deficiencias mentales en este tipo de pruebas y en otras de vocabulario basadas en la denominación de imágenes. (...).

Aunque este tipo de instrumentos resultan de utilidad, un diagnóstico y/o una orientación no se extraen de tests, sino del análisis del conjunto de informaciones obtenidas en la historia clínica del paciente, de los informes médicos y psicológicos, del informe pedagógico y de la observación clínica. El test confirma, matiza y fija numéricamente en el tiempo, las conclusiones obtenidas, pero la calidad de dicho análisis depende directamente de la información y experiencia del examinador.

- **Analizar un registro de interacción más o menos espontáneo**

Permite superar las limitaciones de los test informales en lo que se refiera a la artificialidad y reduccionismo de la situación: consiste en obtener una muestra de enunciados de un niño, transcribirlos y analizar en función de los parámetros que nos interesan. En este caso, también existen herramientas que nos pueden ayudar a realizar dicho registro.

- **Utilizar perfiles evolutivos estándar**

Consiste en utilizar las normas estándar ya publicadas. Son una serie de conductas observables ordenadas jerárquicamente en función de su aparición cronológica en el desarrollo, indicando la edad media de adquisición en niños “normales” y formando así una escala evolutiva. El educador, con la ayuda de la familia, rellena estos cuestionarios, diseñando un perfil evolutivo del niño que puede servir de base para la programación de objetivos. A lo largo de los diferentes bloques, hemos consultado algunos de estos documentos.

Es importante tener presente que, lo que queremos valorar determinará el tipo de instrumentos que vamos a utilizar, así como los objetivos a desarrollar.

2) DETERMINACIÓN DE OBJETIVOS

Para poder realizar la correspondiente intervención es importante establecer unos objetivos, de diversa índole, a los que llegar, para saber hacia dónde debemos ir para alcanzar el propósito propuesto. Los objetivos a largo plazo se convierten en metas, los objetivos generales pasan a definir los pasos a seguir hasta conseguir una meta y los objetivos específicos son un conjunto de actividades que persiguen un objetivo concreto y conforman una especificación del objetivo general.

En algunos casos, la formulación de objetivos a corto plazo no plantea problemas, [por ejemplo](#), la reducción dislalia. En algunos casos, el objetivo es obvio, pero no muy operativo, como, [por ejemplo](#), eliminar tartamudez. Con frecuencia aparecen extremadamente indefinidos, es decir, [por ejemplo](#), que el niño sordo debe aprender a hablar. Por lo que debemos tener claro que los objetivos deben adaptarse a las características del desarrollo personal del niño. Además, los objetivos deben fijarse a corto plazo, a partir de las etapas generales del desarrollo normal pero dentro de una gran flexibilidad a la hora de determinar para cada niño cuál va a ser su ritmo de adquisición.

3) EL PROGRAMA DE ACTIVIDADES INDIVIDUALIZADO

A la hora de establecer el programa de actividades individualizadas, también deberemos tener en cuenta diversos aspectos que contribuirán a que este sea el adecuado para cada niño. Así, por lo tanto, todo programa de instrucción sistemática deberá:

- Especificar los métodos y procedimientos.

- Establecer los materiales que se van a emplear durante las diferentes tareas o actividades.
- Establecer los criterios de éxito que nos van a indicar si el programa es o no efectivo.
- Establecer la temporización, en la cual se pretende implementar el programa y alcanzar los criterios de éxito.

A su vez, tendrá que tener en cuenta las áreas de intervención (adaptativa, motora, comunicativa, personal o social y cognitiva), así como cada una de las subáreas que le corresponde. A continuación, vamos a ver en qué consiste cada una de ellas:

ÁREAS DE INTERVENCIÓN

- **ÁREA ADAPTATIVA**

Capacidad del niño para utilizar la información y las habilidades evaluadas en las otras áreas. Evalúa las habilidades de autoayuda y las tareas que dichas habilidades requieren.

Consta de 5 subáreas:

- Atención
- Comida
- Vestido
- Responsabilidad personal
- Aseo

- **ÁREA MOTORA**

Capacidad del niño para usar y controlar los músculos del cuerpo (desarrollo de la motricidad gruesa o fina).

Consta de 5 subáreas:

- Control muscular
- Coordinación corporal
- Locomoción
- Motricidad fina
- Motricidad perceptiva

- **ÁREA COMUNICATIVA**

Incluye la recepción y la expresión de la comunicación, pensamientos e ideas por medios verbales y no verbales.

Consta de 2 subáreas:

- Comunicación receptiva
- Comunicación expresiva

- **ÁREA PERSONAL/SOCIAL**

Se refiere a las capacidades y características que permiten al niño establecer interacciones sociales significativas.

Consta de 6 subáreas

- Interacción con el adulto
- Expresión de sentimientos y afecto
- Autoconcepto
- Interacción con los compañeros
- Colaboración
- Rol social
- **ÁREA COGNITIVA**
Se compone de las habilidades y capacidades de tipo conceptual.
Consta de 4 subáreas:
 - Discriminación perceptiva
 - Memoria
 - Razonamiento y habilidades escolares
 - Desarrollo conceptual

3.1 ¿QUÉ PRETENDEMOS CON UN PROGRAMA DE ESTIMULACIÓN DEL LENGUAJE ORAL?

La comunicación engloba a un contexto, un emisor, un mensaje y un canal.

Nelson (1989) señala que el niño que aprende a hablar no es sólo un mero receptor o un aprendiz sino un “socio dentro de un sistema de comunicación de doble dirección, con intenciones que se deben expresar y recibir por todos los medios de que disponga”.

“La interacción no debe entenderse únicamente como un mecanismo a través del cual los adultos determinan la forma en la que aprende el niño, sino básicamente como la fuerza que origina el aprendizaje lingüístico”. (Juárez y Monfort; 2020)

Por qué es necesario que el niño adquiera este aprendizaje lingüístico se requiere de una estimulación del lenguaje oral, en especial para aquellos que presentan algún tipo de dificultad tanto en su adquisición como en dicho aprendizaje.

Por lo tanto, a la hora de implementar un programa de estimulación del lenguaje, debemos establecer unos objetivos, así como los principios a considerar, los factores que influyen en el desarrollo del lenguaje y los contenidos del propio programa. En las próximas páginas se desarrollan estos puntos.

En cuanto a los **objetivos**, estos deben:

1. Facilitar y estimular el desarrollo de los elementos prelingüísticos y de los componentes del lenguaje.
2. Favorecer el desarrollo del lenguaje.
3. Prevenir la aparición de posibles alteraciones en el lenguaje infantil.
4. Compensar posibles deficiencias debido a entornos lingüísticamente desfavorecidos.

5. Preparar para el aprendizaje de la lectura y la escritura.

En cuanto a principios que debe considerar el programa, se encuentran:

1. Conocer el nivel de desarrollo del niño.
2. Variabilidad en la presentación de las actividades.
3. Temporalización y duración de las actividades propuestas adaptadas a la edad de los niños.
4. Imaginación y creatividad para practicar los usos del lenguaje.

Así mismo, también es necesario conocer los factores que influyen en el desarrollo del niño como son la práctica, la motivación, la familia y los docentes que lo van a llevar a cabo.

Y, por supuesto, los contenidos de dicho programa, considerando a su vez, los prerrequisitos, cognitivos, formal y comunicacionales. Es decir, aquella la serie de

Prerrequisitos Cognitivos: el niño debe ser capaz de saber que un objeto sigue existiendo, aunque lo ocultemos a su vista, es decir conocer la función simbólica, capacidad de representar un objeto por otro.

Prerrequisitos formales: uso que hace el niño de su voz.

Prerrequisitos comunicacionales: forma de comunicación extraverbal que utiliza el niño con su entorno.

Porque lo que se pretende es:

- Descubrir las posibilidades de comunicación por medio de sonidos.
- Desarrollar la capacidad de percepción, discriminación y memoria auditiva.
- Facilitar la coordinación fono-respiratoria y desarrollar la motricidad labiolingual.

Y para ello, se realizan una serie de actividades con tareas concretas de discriminación auditiva, ritmo, respiración, movilidad bucofacial y aspectos cognitivos como la memoria y la atención.

Discriminación auditiva

- Tareas de imitación: voces de animales, ruidos, sonidos y acciones de personas, instrumentos musicales, sonidos ambientales...)
- Tareas de discriminación: sonidos de la naturaleza, corporales, musicales, animales, sonidos onomatopéyicos...
- Tareas de discriminación de la duración de un sonido
- Figura-fondo auditiva: (Ej.: Golpea la mesa dos veces cuando escuches "tra" y tres cuando escuches "dra", dra, par, fra, tra, gra, tra, par, dra, gra).
- Adaptaciones rítmico-motrices (Ej.: Palmadas, pies...)

- Memoria auditiva; (Ej.: Reproduce de espaldas a tu profesor los mismos instrumentos que toca, en el mismo orden).

Ritmo

Adaptaciones rítmico-motrices caminando, hablando, cantando...

- Caminando: daremos la orden de andar lento, luego rápido, normal.
- Con la voz: podemos hacer un juego parecido con nuestra voz...: hablar lento, rápido o normal.
- También se puede hacer este ejercicio cantando.
- Bailando: bailaremos rápido, nos podemos ayudar de música, lento o a un ritmo normal.

Seguiremos estructuras rítmicas: golpearemos con nuestras manos o con un lápiz encima de la mesa siguiendo unos ritmos marcados por el adulto, luego puede ser el niño o niña quien nos los marque a nosotros. Ejemplo: 0 0 0 (los 0 indican los golpes y los espacios los tiempos) 00 00

▪ 0 00 0 0 0 0 0 0

Respiración

Tareas de inspiración y espiración buco-nasal.

- Metemos aire por la nariz. Ponemos nuestras manos en el pecho y abdomen, para percibir lo que ocurre. Echamos todo el aire por la boca lentamente.
- Juegos de imitación respiratoria.

Tareas de soplo:

- Soplar sobre bolitas de papel, pelotas de ping-pong. Podemos jugar al fútbol soplando, tirar bolos, monigotes, cualquier representación de objetos... (de papel), apagar velas, secar nuestras manos...
- Utilizar trompetillas, "matasuegras", pompas de jabón...
- Soplar sobre molinillos de viento, haciéndoles girar a distintas velocidades, controlando el soplo, reproducir sonidos de la naturaleza, corporales, musicales, animales, sonidos onomatopéyicos...

Movilidad bucofacial

Tareas de movilidad lingual, labial y mandibular:

- Sacar y meter la lengua con distintos ritmos. Arriba y abajo, movimientos giratorios de izquierda a derecha. Doblar la lengua hacia atrás. Pasar la lengua por el labio superior e inferior...
- Apretar y aflojar los labios sin abrir la boca. Sonreír, imitar sonidos...
- Mover la mandíbula inferior en zigzag. Masticamos...

Aspectos cognitivos: memoria y atención.

- Semejanzas y diferencias entre dos objetos, imágenes...
- Búsqueda de partes escondidas en un dibujo, imagen, paisaje...
- Selección de un objeto de entre un grupo de dibujos superpuestos.

- Completar dibujos incompletos.
- Localizar los errores dado un modelo. Observar un conjunto de objetos, recordarlos y dibujarlos.
- Recordar y verbalizar qué objetos hemos visto sobre la mesa una vez tapados. Identificar qué objetos se repiten en una ficha, tablero composición...
- Asociar signos gráficos sencillos (o,_) a objetos según modelos propuestos.
- Identificar el objeto que no corresponde en una serie lógica.
- Practicar con las actividades de los “*memory*”.
- Repetir versos y trabalenguas.

Para poder avanzar en este programa de intervención, además de conocer los prerrequisitos del sujeto, también tenemos que tener claro los componentes del lenguaje, así como conocer qué pretendemos con cada uno de ellos y valorar qué estrategias podemos aplicar para alcanzar los objetivos propuestos. A continuación, detallaremos estos apartados de manera esquemática.

Componentes del lenguaje

El lenguaje es un sistema complejo integrado por distintos módulos o componentes los cuales se pueden agrupar en formas formales, de contenido y de uso.

Componente fonético fonológico

Según Nieto, M. (1994), el origen de esta función se ubica desde el estadio sensorio motriz, cuando el bebé succiona, deglute, llora, grita y emite sonidos. Todo este incipiente sistema de sonidos permite ejercitar los órganos que intervienen en la articulación de los fonemas (lengua, labios, paladar, mandíbula, entre otros)

Fonología/Fonética

1. Organización del sistema de sonidos.
2. Capacidad articuladora.
3. Adquisición del sistema fonológico.

¿Qué pretendemos?

- Ejercitar la motricidad linguo-bucofacial.
- Reconocer y discriminar los fonemas.
- Percibir las diferentes secuencias temporales y rítmicas de los sonidos dentro de las palabras.
- Articular correctamente palabras y frases.

Estrategias

- Estimulación fonética/fonológica

- Actividades de percepción y discriminación
- Entrenamiento de la motricidad bucofonatoria
- Entrenamiento de la conciencia fonológica (Capacidad de aislar, segmentar, omitir, invertir, es decir, manipular las distintas unidades fonológicas que componen el lenguaje hablado. Importante para la adquisición de la lectura).

Propuestas de actividades

- Repetición de palabras y frases a diferentes ritmos.
- Repetición de onomatopeyas.
- Juego del eco. Ej.: Lorenaaaaa
- Buscar nombres de persona, animales o cosas que empiecen por: /aaa/ /eee/ /uuu/...
- Inversión de segmentos fonéticos (/fu/ /uf/ /fa/ /af/...)
- Tareas de denominación de dibujos e imágenes que contengan diversos fonemas en sílabas directa, inversas, mixtas, sinfonas...
- Articulación de trabalenguas sencillos.
- Invención de trabalenguas, retahílas a partir de sonidos que planteen dificultad en la pronunciación.
- Articulación de palabras sin sentido (logotomas) de dificultad creciente.
- Emisión de palabras, que se diferencien en una sola letra. Pata, bata, bala... Tareas para el desarrollo de la competencia fonológico-fonética:
- Tareas de discriminación auditiva de palabras (Ej.: De espaldas repetir las palabras sin sentido que el profesor leerá).
- Tareas de discriminación auditiva de fonemas (Ej.: Señalar o rodear con un color la letra con la que empieza el dibujo).
- Atención auditiva. (Ej. El profesor lee dos frases que sólo se diferencian en una palabra, debes encontrar cuál es).
- Figura-Fondo. (Ej.: Escucha las siguientes palabras, une las primeras letras de cada una de ellas y obtendrás una palabra nueva. Lana, uña, nata, abeja-luna-)
- Asociación:
 - ○ Ritmo-lenguaje. Separar las siguientes palabras en golpes de voz usando palmadas, golpes en la mesa...
 - ○ Ritmo-entonación. Descubre qué golpe de voz (sílabas) suena más fuerte que las demás (so-fá).
 - ○ Memoria auditiva-rima. Memorizar poemas con la misma terminación, descubrir la musicalidad.

Componente semántico

Santiuste, V. y Beltrán, J. (1998), afirman que la semántica analiza el contenido o significado de las palabras. Este aspecto se ve ampliamente influido por las interacciones sociales del niño, así como por las características culturales del medio.

Semántica

1. Intervención en el aspecto léxico
2. Vocabulario receptivo.
3. Vocabulario expresivo.

¿Qué pretendemos?

- Enriquecer el léxico de los niños y emplearlo con precisión.
- Favorecer la expresión oral, utilizando el vocabulario adquirido.

Estrategias:

- Contextualizar las palabras.
- Crear situaciones discriminativas.
- Generalizar la comprensión.
- Utilizar gestos siempre que sea necesario.
- Agrupar por familias semánticas.
- Establecer relaciones entre los objetos que aprendemos.

Propuestas de actividades:

- Localización y reconocimiento de un vocabulario básico relacionado con su entorno próximo (nuestro cuerpo, alimentos, animales, plantas...) contextualizado en su aprendizaje diario.
- Contar lo que sucede en una lámina, dibujo...
- Juegos de adivinar objetos, animales, plantas... dando pistas de sus cualidades.
- Adivinanzas, retahílas, trabalenguas...
- Asociaciones de palabras (oficios-lugares, animales-salvajes/domésticos...).
- Tareas de ejecución y comprensión de órdenes.
- Listados orales de palabras rechazando la que no pertenece.
- Formar sencillas familias de palabras y campos semánticos.
- Juego del "veo, veo". Adivinar palabras.
- Encontrar la palabra escondida ("checo"-coche- "maca"-cama...)
- Quitarle trocitos a las palabras al final o en medio y encontrar otra (Pisada, lenguado, coleta, tijera, camisa...).
- Enseñar a decir palabras difíciles de pronunciar (bracalatabla, chipiritiflaútico...).
- Jugar a "buscar cosas que empiezan por..."
- Jugar a inventar palabras raras y difíciles de pronunciar.

- Escenificar y memorizar canciones, poemas...

Componente morfosintáctico

Morfología: Para Escoriza, J. (2012) es aquella parte de la gramática que proporciona reglas para combinar morfemas en las palabras. Un morfema es la unidad lingüística más pequeña con significado propio.

Sintaxis: Para algunos autores la sintaxis se concentra en el orden de la colocación de las palabras y en las reglas que determinan su relación con otros elementos de la oración.

Morfología

Clases de sintagmas e inflexiones morfológicas.

Sintaxis

1. Estructura interna de los enunciados
2. Relaciones semántico-sintácticas

¿Qué pretendemos?

- Estructurar adecuadamente las oraciones.
- Utilizar los nexos adecuados.
- Usar con corrección las formas flexionales.
- Utilizar variedad de estructuras sintácticas.
- Comprobar el orden lógico en la exposición oral

Estrategias

- De ampliación, a partir de preguntas: ¿Quién es? ¿Cuándo lo hace? ¿Cómo lo hace? ¿Qué es?...
- Cambio de número y género.
- Técnica de imitación, presentación de un modelo.
- Técnica de incrementación vamos añadiendo elementos a la oración.
- Técnica de sustitución, primero podemos sustituir el sujeto, luego la acción, los complementos y así sucesivamente.
- Técnica de preguntas y respuestas.
- Técnica de incrustación, dar dos o más modelos y tratar de unirlos en uno.
- Cambios de oraciones afirmativas a negativas, de activas a pasivas...

Propuestas de actividades

- Repetición de palabras y frases dadas.
- Encadenamiento de palabras: come, meta, tala, lana...
- Transformación de palabras: pasa, pata, pana...
- Contar sonidos silábicos. Con gestos, dedos, trocitos de papel...
- A través de láminas, murales, imágenes construiremos distintos mensajes.

- Completaremos mensajes incompletos.
- Construcción de frases con etiquetas, objetos, trenes de palabras...
- Comparación del número de segmentos: El profesor dice dos frases acompañadas de frases o rayitas en la pizarra y observamos donde hay más trocitos.
- Construcción de secuencias y verbalización de las historietas.
- Presentación de personajes, marionetas...
- Desarrollo de frases o historietas a partir de dos o más tarjetas (Rodari).
- Inventamos textos a partir de la presentación de un personaje, un lugar y un objeto mágico.
- Tareas para la utilización de enlaces, adjetivos, adverbios...
- Utilización de determinantes en función del género y número.
- Juegos con los tiempos verbales (presente, pasado y futuro).
- Tareas de incrementación o eliminación de elementos de una frase.
- Transformación de frases negativas en afirmativas y viceversa.

Componente pragmático

La pragmática estudia el funcionamiento del lenguaje en contextos sociales, situacionales y comunicativos, es decir, analiza las reglas que explican o regulan el uso intencional del lenguaje, teniendo en cuenta que se trata de un sistema social que dispone de normas para su correcta utilización en contextos correctos.

No podemos olvidar las **funciones del lenguaje**:

1. Funciones fundamentales
 - a. emotiva o expresiva
 - b. referencial o cognitiva
 - c. conativa
2. Funciones secundarias a. fática b. poética y lúdica (artística)
3. Metalingüística

Competencia conversacional

¿Qué pretendemos?

- Uso social del lenguaje
- Utilizar el lenguaje en sus diversas funciones

Estrategias

- Elaborar procesos conversacionales.
- Entrenamiento en reglas de diálogo
- Iniciar el diálogo y mantenerlo
- Mantener las formas conversacionales

- Adaptarse al interlocutor
- Saber preguntar, escuchar y comentar
- Utilizar la demanda, ordenes, instrucciones, explicaciones, descripciones, preguntas, juego simbólico...

Propuestas de actividades

- Practicar las funciones del lenguaje.
- Identificar e imitar órdenes.
- Comprensión y proposición de mensajes.
- Expresión de sentimientos, deseos, opiniones...
- Tareas que supongan explicaciones, narraciones, descripciones de personas, situaciones, acontecimientos...
- Solicitar información.
- Pedir ayuda.
- Uso social del lenguaje.

Y, por último, también debemos tener en consideración los elementos auxiliares del lenguaje que lo apoyan como son:

- Gestos
- Posturas
- Movimientos corporales

Con ellos pretendemos captar la importancia de los movimientos corporo-faciales en la comunicación, estimular el desarrollo de expresiones corporales y entonar adecuadamente enunciados verbales y experimentar formas nuevas de comunicación.

Un aspecto importante dentro del plan de actuación con un alumno/a es la metodología a seguir. Por tanto, tendremos en cuenta los siguientes parámetros:

1. Crear un clima favorable y motivador.
2. Estimular e impulsar la comunicación y la interacción verbal.
3. Animar al niño a expresarse mediante el lenguaje.

Algunas propuestas metodológicas serían las siguientes:

- Asambleas de aula.
- Proyecciones de películas.
- Lectura o narración oral de un cuento.
- Exposiciones orales sobre temas concretos, y si los han elegido ellos, mejor.

- Dramatizaciones con marionetas.
- Intercambio de experiencias.
- Incitar a pedir, a preguntar...
- Realizar órdenes sencillas e ir ampliando hacia otras más complejas.
- Trabajar situaciones espontáneas e inesperadas.
- Juegos de vocabulario (memorizar serie de palabras, generar palabras nuevas a partir de una dada...).
- Discriminar palabras del vocabulario.
- Introducir palabras nuevas observando su pronunciación.
- Juegos de memoria (“*memory*” de animales, plantas, objetos... el juego de la gallinita ciega con compañeros, utensilios...).

5. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN PARA LA ESTIMULACIÓN DEL LENGUAJE

1. Introducción justificación de la propuesta

Es necesario justificar con bibliografía la importancia que tiene la estimulación temprana del lenguaje para la prevención de problemas posteriores.

2. Contextualización a un centro educativo

Este apartado señala la información relacionada con el contexto del colegio en el que se ha llevado a cabo dicha propuesta de estimulación del lenguaje oral. Primeramente, explica dónde se sitúa el colegio y describe las características del grupo clase: número de alumnos /alumnas, curso, características del alumnado...

3. Objetivos

La finalidad de la propuesta y los objetivos concretos que os planteáis.

4. Contenidos

Los contenidos que se van a trabajar. Por ejemplo: La finalidad de nuestro trabajo es proporcionar y crear en los niños un buen posicionamiento de cada estructura que interviene en el proceso fonético-fonológico...

5. Metodología

En este apartado se debe explicar la metodología llevada a cabo en esta intervención. Por ejemplo, si ha sido por rincones, por temas globalizados, de forma cooperativa...

6. Temporalización a desarrollar

El programa debe plantear, al menos seis sesiones de estimulación del lenguaje.

7. Estructura general de la propuesta

El fin de esta propuesta didáctica es estimular el lenguaje oral y la conciencia fonológica mediante una serie de actividades diseñadas y destinadas a ello, como paso previo para introducir el código escrito.

8. Actividades

Las actividades que se presenten deben servir para estimular el lenguaje oral a todo el grupo-aula de los alumnos de 1º curso de 2º ciclo de Educación Infantil.

Cada actividad debe seguir el siguiente esquema que os ponemos de ejemplo.

Las onomatopeyas	<p>Objetivos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Discriminar los diferentes sonidos onomatopéyicos prestando especial atención en los que hay presencia de /r/ y /s/. - Estimular la audición. - Vincular globalmente la imagen y su sonido mediante estímulos visuales y auditivos.
<p>Contenidos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Distinción entre los sonidos onomatopéyicos. - Ejercitación de la escucha. - Asociación entre la fotografía y su sonido correspondiente a través de la visión y audición. 	
<p>Descripción</p> <p>Esta actividad consiste en reproducir los sonidos de las onomatopeyas que aparecen en cada tarjeta. Los alumnos se colocarán en semicírculo mientras que la maestra va mostrando las diversas ilustraciones. Así, de uno en uno, tendrán que reproducir el sonido del elemento representado en cada una de ellas.</p>	
<p>Agrupamiento: Asamblea.</p>	
<p>Metodología: Para que el trabajo resulte ameno, se motivará al niño diciendo que es un animal...</p>	
<p>Material: Tarjetas con diversos animales y elementos.</p>	
<p>Temporalización: 15 minutos aproximadamente.</p>	

9. Evaluación propuesta de intervención

Tras la realización de la propuesta, es imprescindible realizar una evaluación de la misma, puesto que nos ayuda a realizar un análisis detallado del proceso enseñanza - aprendizaje que presentan nuestros alumnos, posibilitándonos a tiempo para intervenir si fuese necesario o detectar posibles trastornos, en un proceso de *feedback*.

6. CONCLUSIONES

La implementación del modelo inclusivo en la intervención ante las dificultades de comunicación y lenguaje en la escuela nos conduce a introducir en el aula metodologías activas, que rompan con las dinámicas tradicionales basadas en la homogeneización, el libro de texto y la segregación de ciertos alumnos, para buscar formas de trabajo en las que puedan aprender juntos alumnos diversos, con y sin dificultades de lenguaje, donde la logopedia proporciona estrategias y materiales válidos y beneficiosos para todo el alumnado.

La inclusión permite a los alumnos con y sin discapacidad convivir, aprender y trabajar juntos para desarrollar al máximo sus capacidades, desde el respeto y aceptación de la diversidad.

BIBLIOGRAFÍA

Acosta, V., y Moreno, A.M. (Coord.). (2007). Guía de actuaciones educativas en el ámbito de la comunicación y el lenguaje. Santa Cruz de Tenerife: Consejería de Educación, Universidades, Cultura y Deportes. Gobierno de Canarias.

Castejón, L. A. y España, Y. (2004). La colaboración logopeda-maestro: hacia un modelo inclusivo de intervención en las dificultades del lenguaje. *Revista de logopedia, foniatría y audiología*, 24(2), 55-66. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S0214-4603\(04\)75781-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0214-4603(04)75781-2)

DECRETO 164/2022, de 16 de noviembre, del Gobierno de Aragón, por el que se modifica el Decreto 188/2017, de 28 de noviembre, del Gobierno de Aragón, por el que se regula la respuesta educativa inclusiva y la convivencia en las comunidades educativas de la Comunidad Autónoma de Aragón.

DECRETO 188/2017, de 28 de noviembre, del Gobierno de Aragón, por el que se regula la respuesta educativa inclusiva y la convivencia en las comunidades educativas de la Comunidad Autónoma de Aragón. (18/12/2017)

Escoriza Morera, L. (2012). LA VARIACIÓN DE EXPRESIÓN EN EL PLANO LÉXICO.: DIFICULTADES Y PERSPECTIVAS. *Lingüística*, 28(1), 247-273.

Guasp, J. J. M. (2019). Consideraciones para la intervención de los apoyos de la comunicación y el lenguaje en la escuela inclusiva. *Revista de logopedia, foniatría y audiología*, 39(1), 41-48.

Monfort, M., & Juárez, A. (2020). angel Riviere and language: from Specific Language Impairment to Autism Spectrum Disorder (angel Riviere y el lenguaje: del Trastorno Especifico del Lenguaje al Trastorno del Espectro del Autismo). *Journal for the Study of Education and Development*, 43(4), 841-856.

Muntaner Guasp, J. J., Rosselló Ramón, M. R., & De la Iglesia Mayol, B. (2016). Buenas prácticas en educación inclusiva. *Educatio Siglo XXI*, 34 (1 de Marzo), 31–50. Disponible en: <https://doi.org/10.6018/j/252521>

ORDEN ECD/1005/2018, de 7 de junio, por la que se regulan las actuaciones de intervención educativa inclusiva. (BOA 18/06/2018).

Orrú, S. E. (2003). Reuven Feuerstein y la teoría de la modificabilidad cognitiva estructural. *Revista de educación*.

Santiuste, V. B. J. (1998). *Dificultades de aprendizaje*.

BLOQUE IV La familia como eje de la Atención Temprana en comunicación y lenguaje

-Roles, estrategias y programas

-La comunicación con la familia

-Modelos de intervención centrado en la familia

Objetivos:

Con este bloque pretendemos que el alumnado consiga los siguientes objetivos:

1. ¿Por qué es necesaria la Atención Temprana?
2. Objetivos de la intervención familiar.
3. Características de un programa de AT con la familia
4. Estilos familiares
5. Ajustes y funcionamiento familiar ante una situación discapacidad.
6. Variables que modulan las reacciones y el proceso de adaptación.
7. Elementos claves en la intervenci

1. Introducción

Como hemos ido viendo a lo largo de toda la asignatura, el papel de la familia es muy importante tanto en la detección como en la mejora y/o resolución del trastorno, así como en el acompañamiento durante el tratamiento.

Por este motivo, en la actualidad, los modelos que de intervención en Atención Temprana en general y en particular en los que se refieren a la Comunicación y el Lenguaje, siguen una orientación basada en los modelos ecológico y transaccional.

Es decir, se centran en la atención global a los niños, a la familia y a su entorno de una forma natural. De esta manera, se sirven de las actividades diarias y funcionales para insertar en las rutinas diarias tanto del niño como de la familia, para implementar esta intervención. Porque la Atención Temprana y la familia son una unión necesaria y complementaria. Emplea actividades funcionales que se inserten en las rutinas diarias del niño y de su familia. La AT y la familia son una unión necesaria.

En este sentido, debemos tener de referencia el Libro Blanco de Atención Temprana, y tomar como modelo su foco de atención tanto al niño, como a las personas que lo rodean, así como a su entorno.

La importancia de tener en consideración a la familia en este proceso se debe a que es el contexto natural del niño y es dónde adquiere los aprendizajes más significativos de la vida, así como es el entorno que, de manera general, le produce más seguridad y confort.

2. Objetivos de la intervención familiar en Atención Temprana

Este tipo de intervención pretende alcanzar una serie de objetivos que favorecerán a su vez, a los objetivos finales de cualquier intervención que es la mejora del trastorno en el sujeto. Por lo tanto, es importante tener en cuenta los siguientes propósitos, que nombran algunos autores como Perpiñán (2006):

- Colaborar con la familia en el diseño adecuado del contexto físico, social y afectivo donde el niño se desenvuelve.
- Ayudar a las familias a mantener unas relaciones afectivas eficaces con el niño y a lograr un ajuste mutuo.
- Proporcionar información, apoyo y asesoramiento adecuado a las necesidades de cada familia.
- Potenciar los progresos en las distintas áreas del desarrollo para lograr la independencia del niño.
- Favorecer el acceso a los distintos recursos ya sean personales o sociales, que fomenten el desarrollo y la autonomía del niño en la familia.

No contar con la familia en estos aspectos, puede contribuir al fracaso por una producirse incompreensión o sensación de imposición antes todos los aspectos planteados, rutinas, actividades o recursos. Así como también puede ocasionar una mala relación con los profesionales por no haber establecido este vínculo de confianza y profesionalidad ante la problemática de su hijo y su capacidad de formar parte de su mejora.

3. Características de la intervención familiar en Atención Temprana

Además de los objetivos¹ que debe seguir una intervención familiar, también debemos tener claro cuáles son las características que lo definen. Así, como indica Perera (2011) estas deben ser las siguientes:

- Proporcionar a los padres y a toda la familia la información, el apoyo y el asesoramiento necesarios, con el fin de que puedan adaptarse a la nueva situación, y mantengan unas adecuadas relaciones afectivas con el niño.
- Enriquecer el medio en el que se va a desenvolver el niño proporcionando estímulos adecuados en todos los aspectos para favorecer su desarrollo.
- Fomentar la relación padres-hijo, evitando la aparición de estilos interactivos inadecuados.
- Elevar al máximo los progresos del niño para lograr su independencia en las distintas áreas del desarrollo.
- Emplear estrategias de intervención en un contexto natural y a través de situaciones rutinarias del niño, evitando fórmulas demasiado artificiales.
- Llevar a cabo una acción preventiva, permitiendo, de alguna manera, frenar el deterioro progresivo de los niveles de desarrollo, evitando que los niños presenten alteraciones más graves en los distintos aspectos evolutivos.
- Esta faceta preventiva se extiende también a todo el ámbito familiar, instaurándose desde el principio comportamientos adecuados, más adaptados a la realidad.
- En todos estos objetivos está presente la familia.

No obstante, a pesar de estos aspectos genéricos, también debemos tener en cuenta que cada familia es diferente, con su propia realidad, funcionamiento y su propio proceso de adaptación, por lo que la atención variará en función de distintos aspectos, que también deberemos tener en consideración:

- Momento evolutivo en el que se encuentre el niño: puesto que ello influirá entre otros, a su propia evolución o mejora del trastorno.
- Las características del niño: sus dificultades, etc. Cada trastorno tiene sus particularidades y cada individuo es único, por lo que tendremos que tener en cuenta al sujeto de manera específica para poder conocer en profundidad el caso.
- Características y situación de los padres (laborales, relación ...): la implicación, los conocimientos, la disponibilidad, la disposición, la sensibilidad, entre otros aspectos a nivel interno, así como otras condiciones externas, influirán en el tipo de intervención, por lo que también requiere de una atención concreta a la hora de llevarla a cabo.

Por lo que será relevante, conocer los distintos estilos familiares que nos podemos encontrar para ajustarnos mejor a cada caso.

¹ Puede ampliarse la información en: file:///C:/Users/usuario/Downloads/2003sg_terapeutatutor.pdf

4. Estilos familiares

Ser padres no es tarea fácil. Existen distintos modos de educar y de disciplina, que va ligado a una actitud de entender y ejercer la paternidad/maternidad. A continuación, se incluye una tabla con los distintos estilos familiares que podemos encontrarnos:

	TIPO DE DISCIPLINA	DESCRIPCIÓN	ACTITUD DE LOS PADRES
01	DEMOCRÁTICA INDUCTIVA	O Es una disciplina de apoyo, integrada por la afectividad, razonamiento, el diálogo. Es un medio educativo muy óptimo, ya que el hijo comprende la norma. Personalidad equilibrada	DEMOCRÁTICA
02	PUNITIVO O COERCITIVO	En este tipo se utiliza la coerción física, verbal, y las situaciones de privación de afectos o cosas materiales. Es un modo de disciplina negativo. Se impone la norma. Baja autoestima.	AUTORITARIA
03	INHIBITORIO, NEGLIGENTE O INDIFERENTE	Sus ingredientes son la indiferencia, la permisividad y la pasividad. Son autónomos, pero toman decisiones de riesgo. Es un modo de disciplina incorrecto. Desafectados no empáticos.	INHIBITORIA
04	SOBREPROTECTOR	Impide que los hijos tomen decisiones, el error no está presente en el aprendizaje, no saben gestionar la frustración. Son dependientes. Baja autoestima.	SOBREPROTECTORA AJUSTES Y FUNCIONAMIENTO FAMILIAR ANTE UNA SITUACIÓN DE DISCA

Tabla 1: Elaboración propia a partir de: <https://www.legazpi.eus/files/Etxadi/cas/47.pdf>

5. Ajustes y funcionamiento familiar ante una situación de discapacidad

Conocer, entender y saber qué hacer frente a las necesidades que muestran los padres es una de las tareas importantes que tienen que hacer los profesionales. Algunos autores consideran que existen 5 fases por las que pueden pasar unos padres cuando tienen un hijo con discapacidad o dificultad, son²:

Fase de shock inicial	Fase de negación	Fase de tristeza	Fase de aceptación y reacción	Fase de reorganización
Ocurre tras recibir la información. Se reacciona con incredulidad, confusión, sentimiento de dolor, autocompasión, alejamiento físico del niño. Aparece el sentimiento de culpa. Emerge la rabia, desarrollando rechazo a los padres que no tienen niños con dificultades y hacia los profesionales de la salud.	Se produce el rechazo al diagnóstico. Conlleva ir de un profesional a otro, buscando información que contradiga el diagnóstico inicial y lo suavice.	Se experimenta la desolación, ira, aislamiento y nostalgia por la pérdida del hijo que esperaban. Comienzan a atenderlo porque es su obligación llegando incluso a ser esclavos de la atención que demanda el hijo, con perjuicio para toda la familia.	Se comienza a ser más conscientes de la aparición del niño con discapacidad y de la necesidad de cuidados especiales. La reacción más común es la de adoptar un rol de sobreprotección del niño (estados de ansiedad). Se va mitigando la turbulencia emocional aunque siguen los períodos ambivalentes de amor y rechazo	Es la última fase en la que la familia acepta al niño y a su discapacidad, liberándose de los sentimientos de culpa. Comienzan a apoyarse los unos a los otros. Se empieza a creer en las capacidades del niño y se está dispuesto a trabajar y a avanzar poco a poco (ayuda a los profesionales)

Tabla 2: Elaboración propia a partir de:

https://serviciosociales.jcyl.es/web/jcyl/binarios/999/529/GUIA_INTERVENCION_FAMILIAR.pdf?blobheader=application%2Fpdf%3Bcharset%3DUTF-8&blobnocache=true

² Para más información también se puede consultar:

https://serviciosociales.jcyl.es/web/jcyl/binarios/999/529/GUIA_INTERVENCION_FAMILIAR.pdf?blobheader=application%2Fpdf%3Bcharset%3DUTF-8&blobnocache=true

Y también: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6267714>

6. Variables que modulan las reacciones y el proceso de adaptación

Así mismo, también debemos tener en cuenta otras variables que pueden influir tanto en las reacciones de los padres como en el proceso de adaptación de la situación a la que tienen que enfrentarse.

En este sentido, según McCubin y Patterson (1983), existen unas variables que explican el proceso de estrés y ajuste que han de realizar los padres y que son:

- Tipo de discapacidad o problemática que presente el niño, en cuanto a:
 - Capacidad de autonomía
 - Necesidades que implica
 - Aceptación social
 - Diagnóstico ligado al pronóstico
- Características y el momento evolutivo de la familia:
 - El lugar que ocupa
 - La edad de los padres
 - El momento laboral
 - Sistema conyugal estable
- Apoyo social y emocional del que disponga la familia:
 - Por los propios familiares entre sí
 - Personas ajenas a la familia: vecinos, amigos, los propios profesionales y otras familias que estén pasando por lo mismo

7. Elementos clave en la intervención familiar

Tras conocer todos estos aspectos podemos realizar la intervención, teniendo en cuenta, a su vez, los siguientes elementos clave para poderla llevar a cabo, y de los que hemos ido hablando en los bloques anteriores de manera directa e indirecta, con el objetivo de proteger el estrés familiar:

1. Intervención adaptada a cada familia, situación y necesidades.
 2. Profesional de referencia para la familia
 3. Aspectos actitudinales y procedimentales a desplegar
 4. Implicación y atención no solo a los padres, sino a los otros miembros de la familia
 5. Diversidad de programas de intervención
-
1. **Intervención adaptada a cada familia, situación y necesidades:** Es decir, para que la intervención sea eficaz y exitosa se debe ajustar tanto a las necesidades y características de la familia, como a los factores que la hacen más vulnerable al estrés, y a los factores que las protegen contribuyendo a una mayor adaptación comentados en los párrafos anteriores. Puesto que, si no se tienen en cuenta, dicha intervención será más complicada e incluso ineficaz.
 2. **Profesional de referencia para la familia:** para reducir estrés y duplicidades, así como perder información relevante es recomendable que la atención y el trabajo con padres

sea realizado en todo el proceso por el mismo o los mismos profesionales de referencia. El cambio constante de profesionales o el tener que tratar con diversos expertos resulte también estresante por parte de los padres, así como puede generar desconfianza en el proceso.

3. **Aspectos actitudinales y procedimentales a desplegar:** Para poder trabajar con la familia es necesario conocerla diversos aspectos, como su estructura, sus pensamientos, sus expectativas, etc., para saber actuar en las distintas situaciones que se encuentren, así como orientarles en aquellos aspectos que necesiten. Hay que cuidar el TRATO que se da, porqué, además, las familias necesitan sentirse escuchadas, comprendidas, han de encontrar un contexto y marco donde perciban que se tienen en cuenta sus preocupaciones, miedos y alegrías.

La información transmitida ha de ser concreta, operativa, ajustada a las necesidades reales de los padres. Durante las primeras entrevistas es necesario definir claramente varias cuestiones tales como ¿qué se pretende? o ¿cómo se va hacer?, explicando claramente las acciones que se van a llevar a cabo y el porqué de las mismas. De esta manera, las familias pierden el miedo a lo desconocido y pueden, a su vez, contribuir en que la intervención sea lo más realista. Es necesario incidir en lo positivo, en los logros, en las competencias porque unas expectativas bajas respecto a las posibilidades reales provocan apatía y frenan el desarrollo y unas expectativas excesivamente altas provocan fuertes sentimientos de ansiedad y un desgaste emocional. Los padres tienen que tener la seguridad de que tienen capacidades para abordar los desafíos a los que se enfrentan, es decir, tener la creencia de eficacia personal. Siempre que sea posible, la intervención debe hacerse en las actividades de la vida diaria del niño, tal y como se ha ido remarcando, porque ello les ayuda a desarrollar respuestas útiles y generalizables, ya que asegura oportunidades frecuentes. Además, se recomienda programar los aprendizajes de acuerdo con el grado de dificultad de las actividades, avanzando desde aprendizajes que generen fácilmente satisfacciones hacia otros que requieran un mayor grado de autocontrol y demora de la gratificación. Una parte de las sesiones en casa ha de ir dirigida a la puesta en práctica de lo aprendido en sesiones anteriores, analizando, si es que las hay, las dificultades halladas.

Es importante que los padres tengan *feedback* específico de cómo lo van haciendo y ante cada logro y avance se les proporcione un refuerzo importante. Y también que tengan algún contacto directo para utilizar en el período entre sesiones por si surgen algunas dificultades. En este caso, podemos hablar de distintas fases en el entrenamiento de los padres en este período para que puedan contribuir de la mejor manera:

- **Fase educativa o de transmisión:** De información sobre el tema, conceptos y/o aspectos que hay que trabajar. Se recomienda contrastar y discutir con los padres la información que se le transmite con la que ellos tienen al respecto. Ello permitirá ser conscientes de los errores y sesgos que ellos pudieran tener.
- **Fase de entrenamiento de habilidades y destrezas:** En condiciones simuladas y simplificadas.
- **Fase de aplicación en el ambiente natural:** Resumen de los contenidos, tareas para casa.

Este “entrenamiento”, además, puede realizarse de manera individual o de manera grupal, según las circunstancias de cada caso o casos. En el segundo modelo (grupal) podemos hallar

algunos aspectos a valorar, como que puede resultar más económico, que los padres pueden encontrar más apoyo social y emocional, se pueden encontrar más modelos de aprendizaje, así como diferentes perspectivas y puntos de vista. En estos casos, se recomienda que el número máximo de padres no exceda los 10 o 12 y la duración de las sesiones se realice entre una hora y media y dos de duración.

4. **Implicación y atención no solo a los padres sino a otros miembros de la familia:** Es importante que se realice todo este entrenamiento a todas las personas que tienen una relación más cercana, frecuente y directa con el niño: hermanos y abuelos. Para que también formen parte del proceso y no se sientan aislados, por una parte, y por otra, que el niño lo viva con naturalidad y con homogeneidad.
5. **Diversidad de programas de intervención:** Según algunos autores como Perpiñan (2009) existen diversidad de programas de intervención, según el momento o tipología de programa. Así, por ejemplo, encontramos:
 - Primera Noticia, cuyos objetivos son los de proporcionar información para resolver una situación de incertidumbre, producir cambios constructivos en la situación vital de las familias tan rápido como sea posible y cimentar una base de esperanza.
 - Intervenciones que se realizan con los padres dentro de las sesiones de actuación realizada sobre los niños, cuyos objetivos son que los padres aprendan a observar las potencialidades del niño dando significado a sus conductas, así como, técnicas concretas de interacción-comunicación, aumenten su capacidad de reacción ante mínimas señales de comunicación del niño y refuercen su percepción de autocompetencia.
 - Programas de carácter grupal, que, a su vez, pueden ser los grupos terapéuticos (Formados por los propios familiares y uno o dos profesionales), los grupos de formación (dónde se transmite información, se realiza formación, capacitación o entrenamiento en determinadas habilidades), los grupos de ocio (destinados a la organización de actividades de ocio y tiempo libre en las que los padres pueden participar de forma voluntaria solos o en compañía de sus hijos etc.).

Conclusiones:

Para concluir este bloque, así como la asignatura, debemos tener en cuenta qué como profesionales de Audición y Lenguaje, debemos tener claros diversos aspectos:

- Qué es la Atención Temprana
- Qué es la Atención Temprana en Audición y Lenguaje
- Cuáles son los trastornos y las dificultades de la comunicación y el lenguaje, especialmente en niños de 0 a 6 años, así como sus posibles causas (de diversa índole), y sus posibles tratamientos
- Observar, analizar, evaluar, diagnosticar e intervenir
- Tener en cuenta siempre a la familia e implicarla en el proceso de intervención.
- Aplicar estrategias (muchas de las cuales se basan en el juego) con recursos y actividades adecuadas para cada trastorno de manera general y, sobre todo, individual, puesto que cada niño es único.

A lo largo de toda la asignatura hemos podido observar y comprobar la importancia de la familia en la detección y en la prevención de los trastornos, así como en la mejora de estos. Contar con la familia es imprescindible y establecer un programa de intervención con objetivos generales e individuales, realizando un buen diagnóstico en el que se tendrá en cuenta, entre otros factores,

la observación directa, la historia médica, el entorno familiar, etc., y la participación activa del niño o niña con intervenciones centradas en el sujeto y en la medida de lo posible en sus rutinas diarias, contribuirán a la mejora del sujeto. Así mismo, también es vital trabajar de manera coordinada y cooperativa con diversos profesionales, también para conocer la situación individual como para avanzar en el proceso. Informar a la familia y conocer sus características, también favorecerán la mejora. A su vez, es importante acompañar a la familia para que pueda realizar su papel de manera adecuada, así como poderle resolver las dudas que le puedan surgir, así como los miedos que puedan tener. Generar confianza en sus habilidades y capacidades, es imprescindible.

8. Bibliografía

Mc Cubbin, H.I., & Sussman, M.B. (1983). *Social Stress and the Family: Advances and Developments in Family Stress Therapy and Research* (1st ed.). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315804439>

McCubbin, HI y Patterson, JM (2014). El proceso de estrés familiar: El modelo doble ABCX de ajuste y adaptación. En *El estrés social y la familia* (págs. 7-37). Routledge.

Perera, J. (2011). Atención temprana: definición, objetivos, modelos de intervención y retos planteados. *Revista Síndrome de Down: Revista Española de Investigación e Información Sobre El Síndrome de Down*. 111, 140–152.

Perpiñán Guerras, S. (2006). *Atención temprana y familia: cómo intervenir creando entornos competentes*. Narcea.

Villavicencio-Aguilar, C., Romero Morocho, M., Criollo Armijos, M., y Peñaloza, W. (2018). Discapacidad y familia: Desgaste emocional. *ACADEMO* (Asunción) 5(1):89-98.

Aguilar, C. E. V., Morocho, M. R., Armijos, M. A. C., & Peñaloza, W. L. P. (2018). Discapacidad y familia: Desgaste emocional: Desgaste emocional. *ACADEMO revista de Investigación en Ciencias Sociales y Humanidades*, 5(1).

