

03. PSICOPATOLOGÍA INFANTIL

01. Introducción y Trastornos Globales

02. Trastornos en Habilidades

03. Trastornos en Hábitos

04. Trastornos Emocionales

05. Otros

Preguntas PIR de convocatorias anteriores

**TODO EL MATERIAL,
EDITADO Y PUBLICADO
POR EL CENTRO DOCUMENTACIÓN
DE ESTUDIOS Y OPOSICIONES,
ES ÚNICO Y EXCLUSIVO
DE NUESTRO CENTRO.**

ISBN obra completa: 978-84-92856-05-3

ISBN: 978-84-92856-25-1

Depósito Legal: M-1877-2010

EDITA Y DISTRIBUYE: CEDE

1ª EDICIÓN: enero 2010

ES PROPIEDAD DE:



**CENTRO DOCUMENTACIÓN
DE ESTUDIOS Y OPOSICIONES**

© RESERVADOS TODOS LOS DERECHOS

Prohibida la reproducción total o parcial de esta obra por cualquier procedimiento, incluyendo la reprografía y el tratamiento informático sin la autorización de CEDE.

PRESENTACIÓN

El área de Psicopatología Infantil ha tenido una gran variedad sobre el número de preguntas que aparecían en el examen PIR a lo largo de los años. La media de preguntas por exámenes es 20 (ver gráfica).

Principalmente las preguntas se centran en la definición de los trastornos. Especialmente según son descritos por el DSM (aunque también en el área de Infantil se ha preguntado en algunos años por la CIE). Por lo que los comentarios fundamentalmente se basan en los criterios del DSM, salvo en las ocasiones en que expresamente se señala, existiendo ocasiones en que tales criterios entran en colisión con los defendidos por la CIE.

El área se distribuye en 5 grandes apartados

- 1. Introducción y Trastornos Globales.*
- 2. Trastornos en Habilidades.*
- 3. Trastornos en Hábitos.*
- 4. Trastornos Emocionales.*
- 5. Otros.*

En el primer bloque se describen los trastornos cuya alteración es tan grave que afecta de forma global prácticamente a todo el funcionamiento del niño.

El segundo bloque se ocupa de los trastornos específicos donde se considera alterada alguna de las áreas de habilidad del niño: Lenguaje (Hablado y Escrito), Aritmética, Motora. Faltaría el área de las alteraciones Perceptivas que todavía no se han incluido ya que no suele aparecer en los manuales de psicopatología infantil y tampoco ha generado preguntas en el examen. Son trastornos por déficit en el que el niño no ha adquirido un nivel de habilidad esperado en función de sus características personales.

El tercer bloque incluye las alteraciones en los hábitos. Algunos de estos trastornos son por exceso. El niño tiene ciertos hábitos que se consideran inadecuados por sus educadores (padres, maestros), aunque también puede contemplarse como alteraciones por déficits al considerar que el niño no tiene los hábitos considerados adecuados (ej. el niño pega a sus compañeros de clase –hábito inadecuado– ya que el niño no ha adquirido otros hábitos para jugar con ellos –hábito adecuado–).

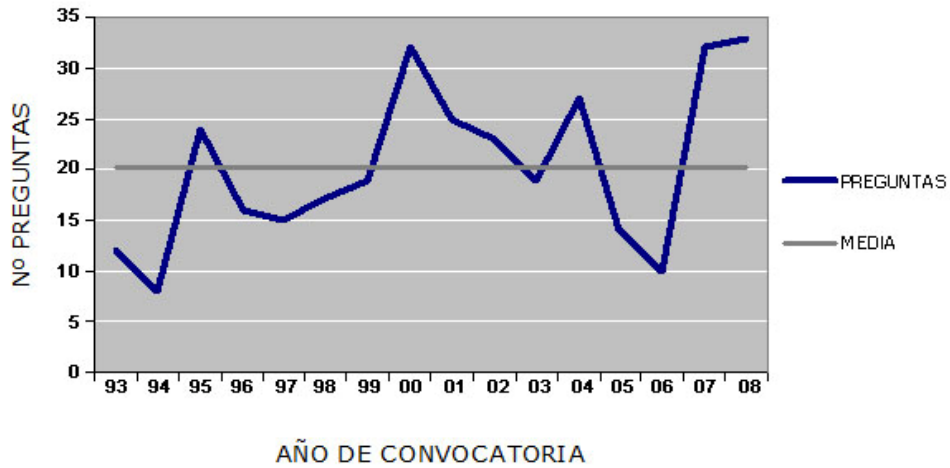
El cuarto bloque recoge los trastornos que afectan a las emociones, un primer grupo incluye los trastornos de ansiedad, y un segundo bloque a los trastornos del estado de ánimo.

El quinto bloque recoge aquellos otros trastornos y problemas que por una u otra cuestión no se incluyen en los bloques anteriores.

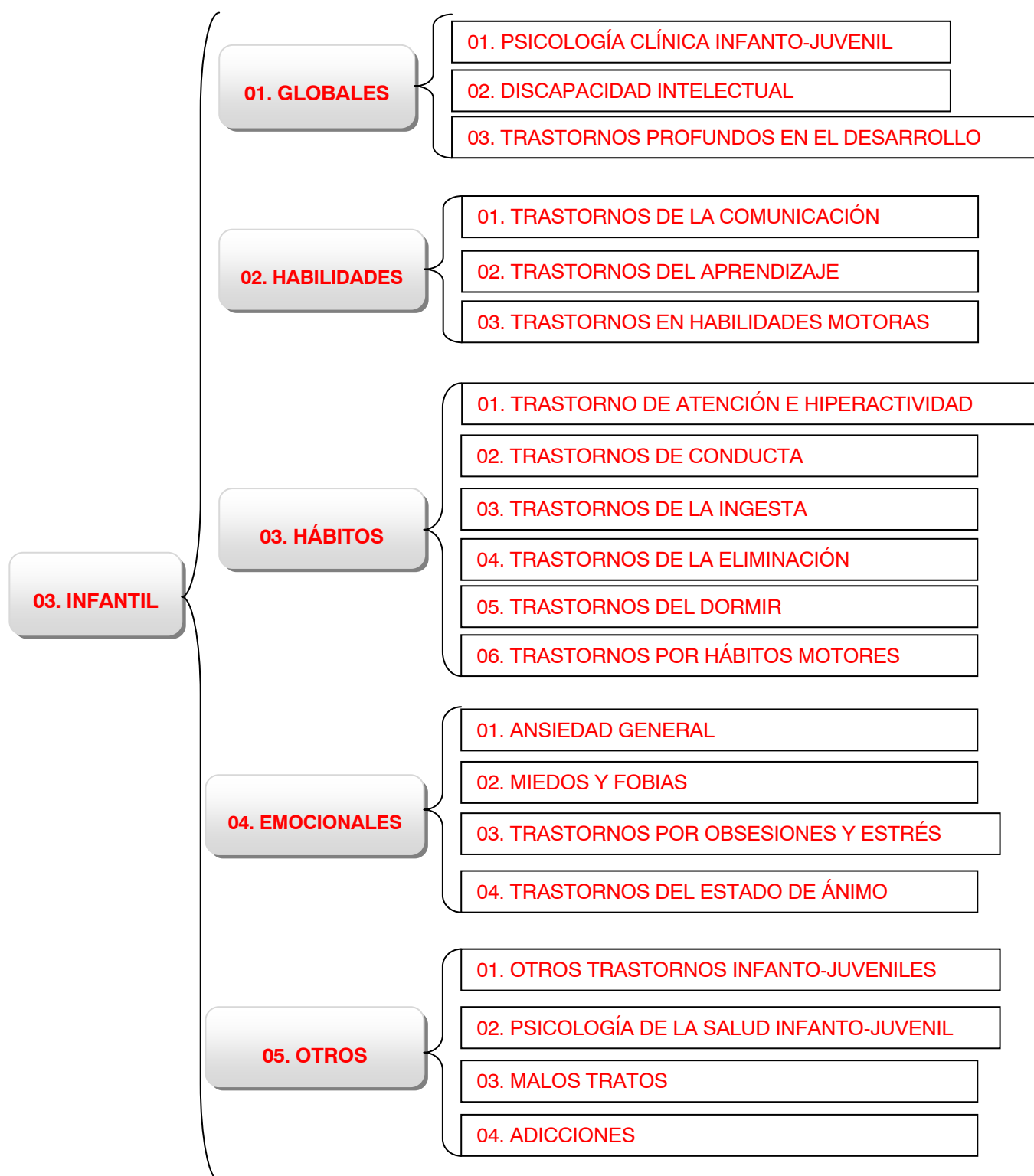
EVOLUCIÓN DEL NÚMERO DE PREGUNTAS POR CONVOCATORIA

AÑO CONVOCATORIA	93	94	95	96	97	98	99	00	01	02	03	04	05	06	07	08
Nº PREGUNTAS	12	8	24	16	15	17	19	32	25	23	19	27	14	10	32	33

GRÁFICO REPRESENTATIVO



ESQUEMA GENERAL DE CONTENIDOS



ÍNDICE

03.01. INTRODUCCIÓN Y TRASTORNOS GLOBALES

Tema 03.01.01 | PSICOLOGÍA CLÍNICA INFANTOJUVENIL

1. Introducción
2. Influencias históricas
3. Fundamentos básicos
4. Prevalencia
5. Edad de inicio
6. Clasificación
7. Evaluación
8. Tratamiento

Tema 03.01.02 | DISCAPACIDAD INTELECTUAL

1. Introducción histórica
2. Definición
3. Descripción
4. Clasificación
 - 4.1. Clasificaciones internacionales
 - 4.2. Sistema de clasificación educativo
 - 4.3. Novena clasificación de la AAMR
 - 4.4. Clasificación etiológica
5. Epidemiología
6. Curso
7. Diagnóstico diferencial
8. Etiología (modelos teóricos)
9. Evaluación
 - 9.1. Funcionamiento intelectual
 - 9.2. Desarrollo madurativo
 - 9.3. Habilidades adaptativas
10. Tratamiento
 - 10.1. Terapias dinámicas
 - 10.2. Terapia de conducta

Tema 03.01.03 | TRASTORNOS PROFUNDOS EN EL DESARROLLO

1. Trastornos profundos del desarrollo
2. Trastorno autista
 - 2.1. Introducción histórica
 - 2.2. Definición y descripción
 - 2.3. Clasificación
 - 2.4. Epidemiología
 - 2.5. Curso
 - 2.6. Diagnóstico diferencial
 - 2.7. Etiología (modelos teóricos)

- 2.8. Evaluación
- 2.9. Tratamiento
3. Trastorno de Rett
 - 3.1. Introducción histórica
 - 3.2. Definición y descripción
 - 3.3. Epidemiología
 - 3.4. Curso
 - 3.5. Diagnóstico diferencial
4. Trastorno desintegrativo infantil
 - 4.1. Introducción histórica
 - 4.2. Definición y descripción
 - 4.3. Epidemiología
 - 4.4. Curso
 - 4.5. Diagnóstico diferencial
 - 4.6. Etiología (modelos teóricos)
5. Trastorno de Asperger
 - 5.1. Introducción histórica
 - 5.2. Definición y descripción
 - 5.3. Epidemiología
 - 5.4. Curso
 - 5.5. Diagnóstico diferencial
6. Trastorno generalizado del desarrollo no especificado
 - 6.1. Definición y descripción
7. Trastornos psicóticos infantiles
 - 7.1. Introducción histórica
 - 7.2. Definición y descripción
 - 7.3. Clasificación
 - 7.4. Epidemiología
 - 7.5. Curso
 - 7.6. Evaluación
 - 7.7. Tratamiento
8. Otros trastornos profundos del desarrollo
 - 8.1. Síndrome límite de la infancia o Trastorno Múltiple del Desarrollo (McDD)

03.02. TRASTORNOS EN HABILIDADES

Tema 03.02.01 | TRASTORNOS DE LA COMUNICACIÓN

1. Trastornos de la comunicación
2. Trastorno mixto del lenguaje receptivo-expresivo
 - 2.1. Introducción histórica
 - 2.2. Definición y descripción
 - 2.3. Clasificación
 - 2.4. Epidemiología
 - 2.5. Curso
 - 2.6. Diagnóstico diferencial

- 2.7. Etiología (modelos teóricos)
- 2.8. Evaluación
- 2.9. Tratamiento
- 3. Trastorno del lenguaje expresivo
 - 3.1. Introducción histórica
 - 3.2. Definición y descripción
 - 3.3. Clasificación
 - 3.4. Epidemiología
 - 3.5. Curso
 - 3.6. Diagnóstico diferencial
 - 3.7. Etiología (modelos teóricos)
 - 3.8. Evaluación
 - 3.9. Tratamiento
- 4. Trastorno fonológico
 - 4.1. Introducción histórica
 - 4.2. Definición y descripción
 - 4.3. Clasificación
 - 4.4. Epidemiología
 - 4.5. Curso
 - 4.6. Diagnóstico diferencial
 - 4.7. Etiología (modelos teóricos)
 - 4.8. Evaluación
 - 4.9. Tratamiento
- 5. Tartamudeo
 - 5.1. Introducción histórica
 - 5.2. Definición y descripción
 - 5.3. Clasificación
 - 5.4. Epidemiología
 - 5.5. Curso
 - 5.6. Diagnóstico diferencial
 - 5.7. Etiología (modelos teóricos)
 - 5.8. Evaluación
 - 5.9. Tratamiento

Tema 03.02.02 | **TRASTORNOS DEL APRENDIZAJE**

- 1. Trastornos del aprendizaje
- 2. Trastorno del aprendizaje de la lectura
 - 2.1. Introducción histórica
 - 2.2. Definición y descripción
 - 2.3. Clasificación
 - 2.4. Epidemiología
 - 2.5. Curso
 - 2.6. Diagnóstico diferencial
 - 2.7. Etiología
 - 2.8. Evaluación
 - 2.9. Tratamiento
- 3. Trastorno del aprendizaje de la expresión escrita
 - 3.1. Introducción histórica
 - 3.2. Definición y descripción
 - 3.3. Epidemiología
 - 3.4. Curso
 - 3.5. Diagnóstico diferencial

- 3.6. Etiología
- 3.7. Evaluación
- 3.8. Tratamiento
- 4. Trastorno del aprendizaje del cálculo
 - 4.1. Introducción histórica
 - 4.2. Definición y descripción
 - 4.3. Epidemiología
 - 4.4. Curso
 - 4.5. Diagnóstico diferencial
 - 4.6. Etiología

Tema 03.02.03 | **TRASTORNOS DE LAS HABILIDADES MOTORAS**

- 1. Trastorno del desarrollo de la coordinación
 - 1.1. Introducción histórica
 - 1.2. Definición y descripción
 - 1.3. Epidemiología
 - 1.4. Curso
 - 1.5. Diagnóstico diferencial
 - 1.6. Etiología (modelos teóricos)

03.03. TRASTORNOS EN HÁBITOS

Tema 03.03.01 | **TRASTORNOS DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD**

- 1. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH)
 - 1.1. Introducción histórica
 - 1.2. Definición y descripción
 - 1.3. Clasificación
 - 1.4. Epidemiología
 - 1.5. Curso
 - 1.6. Diagnóstico diferencial
 - 1.7. Etiología (modelos teóricos)
 - 1.8. Evaluación
 - 1.9. Tratamiento

Tema 03.03.02 | **TRASTORNOS DE CONDUCTA**

- 1. Trastorno negativista desafiante
 - 1.1. Introducción histórica
 - 1.2. Definición y descripción
 - 1.3. Epidemiología
 - 1.4. Curso
 - 1.5. Diagnóstico diferencial
 - 1.6. Etiología (modelos teóricos)
- 2. Trastorno disocia
 - 2.1. Introducción histórica
 - 2.2. Definición y descripción
 - 2.3. Clasificación

- 2.4. Epidemiología
- 2.5. Curso
- 2.6. Diagnóstico diferencial
- 2.7. Etiología (modelos teóricos)
- 2.8. Evaluación
- 2.9. Tratamiento

Tema 03.03.03 | **TRASTORNOS DE LA INGESTA DE LA INFANCIA Y LA NIÑEZ**

- 1. Pica
 - 1.1. Introducción histórica
 - 1.2. Definición y descripción
 - 1.3. Epidemiología
 - 1.4. Curso
 - 1.5. Diagnóstico diferencial
 - 1.6. Etiología (modelos teóricos)
- 2. Trastorno de rumiación
 - 2.1. Introducción histórica
 - 2.2. Definición y descripción
 - 2.3. Epidemiología
 - 2.4. Curso
 - 2.5. Diagnóstico diferencial
 - 2.6. Etiología (modelos teóricos)
 - 2.7. Tratamiento
- 3. Trastorno de la ingestión alimentaria de la infancia o la niñez
 - 3.1. Introducción histórica
 - 3.2. Definición y descripción
 - 3.3. Clasificación
 - 3.4. Epidemiología
 - 3.5. Curso
 - 3.6. Diagnóstico diferencial

Tema 03.03.04 | **TRASTORNOS DE LA ELIMINACIÓN**

- 1. Encopresis
 - 1.1. Introducción histórica
 - 1.2. Definición y descripción
 - 1.3. Clasificación
 - 1.4. Epidemiología
 - 1.5. Curso
 - 1.6. Diagnóstico diferencial
 - 1.7. Etiología (modelos teóricos)
 - 1.8. Evaluación
 - 1.9. Tratamiento
- 2. Enuresis
 - 2.1. Introducción histórica
 - 2.2. Definición y descripción
 - 2.3. Clasificación
 - 2.4. Epidemiología
 - 2.5. Curso
 - 2.6. Diagnóstico diferencial

- 2.7. Etiología (modelos teóricos)
- 2.8. Evaluación
- 2.9. Tratamiento

Tema 03.03.05 | **TRASTORNOS DEL SUEÑO**

- 1. Introducción
- 2. Disomnias
 - 2.1. Insomnio primario
 - 2.2. Hipersomnia primaria
 - 2.3. Narcolepsia
 - 2.4. Apnea infantil
 - 2.5. Síndrome de Pickwick
 - 2.6. Síndrome de muerte súbita infantil
- 3. Parasomnias
 - 3.1. Pesadillas
 - 3.2. Terrores nocturnos
 - 3.3. Sonambulismo
 - 3.4. Somniloquia
 - 3.5. Bruxismo
 - 3.6. Movimientos rítmicos durante el sueño (Jactatio Capitis)

Tema 03.03.06 | **TRASTORNOS POR HÁBITOS MOTORES**

- 1. Trastorno de movimientos estereotipados
 - 1.1. Introducción histórica
 - 1.2. Definición y descripción
 - 1.3. Epidemiología
 - 1.4. Curso
 - 1.5. Diagnóstico diferencial
 - 1.6. Etiología (modelos teóricos)
- 2. Trastornos por tics
 - 2.1. Introducción histórica
 - 2.2. Definición y descripción
 - 2.3. Clasificación
 - 2.4. Epidemiología
 - 2.5. Curso
 - 2.6. Diagnóstico diferencial
 - 2.7. Etiología (modelos teóricos)
 - 2.8. Evaluación
 - 2.9. Tratamiento

03.04. TRASTORNOS EMOCIONALES

Tema 03.04.01 | **ANSIEDAD GENERAL**

- 1. Introducción
- 2. Trastorno de ansiedad por separación
 - 2.1. Introducción histórica
 - 2.2. Definición y descripción
 - 2.3. Epidemiología

- 2.4. Curso
- 2.5. Diagnóstico diferencial
- 2.6. Etiología
- 2.7. Evaluación
- 2.8. Tratamiento
- 3. Trastorno por ansiedad generalizada
 - 3.1. Introducción histórica
 - 3.2. Definición y descripción
 - 3.3. Epidemiología
 - 3.4. Curso
 - 3.5. Diagnóstico diferencial
 - 3.6. Etiología
 - 3.7. Evaluación
 - 3.8. Tratamiento
- 4. Trastorno de pánico
 - 4.1. Introducción histórica
 - 4.2. Definición y descripción
 - 4.3. Epidemiología
 - 4.4. Curso
 - 4.5. Diagnóstico diferencial
 - 4.6. Etiología
 - 4.7. Evaluación
 - 4.8. Tratamiento

Tema 03.04.02 | MIEDOS Y FOBIAS

- 1. Introducción
- 2. Miedos y fobias específicas
 - 2.1. Introducción histórica
 - 2.2. Definición y descripción
 - 2.3. Epidemiología
 - 2.4. Curso
 - 2.5. Diagnóstico diferencial
 - 2.6. Etiología
 - 2.7. Evaluación
 - 2.8. Tratamiento
- 3. Fobia social y timidez
 - 3.1. Introducción histórica
 - 3.2. Definición y descripción
 - 3.3. Epidemiología
 - 3.4. Curso
 - 3.5. Diagnóstico diferencial
 - 3.6. Etiología
 - 3.7. Evaluación
 - 3.8. Tratamiento

Tema 03.04.03 | TRASTORNOS POR OBSESIONES Y ESTRÉS

- 1. Trastorno obsesivo-compulsivos
 - 1.1. Introducción histórica
 - 1.2. Definición y descripción
 - 1.3. Epidemiología
 - 1.4. Curso

- 1.5. Diagnóstico diferencial
- 1.6. Etiología
- 1.7. Evaluación
- 1.8. Tratamiento
- 2. Trastornos por estrés
 - 2.1. Introducción histórica
 - 2.2. Definición y descripción
 - 2.3. Epidemiología
 - 2.4. Curso
 - 2.5. Evaluación
 - 2.6. Tratamiento

Tema 03.04.04 | TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO

- 1. Introducción
- 2. Trastornos depresivos
 - 2.1. Introducción Histórica
 - 2.2. Definición y descripción
 - 2.3. Suicidio
 - 2.4. Epidemiología
 - 2.5. Diagnóstico diferencial
 - 2.6. Etiología
 - 2.7. Evaluación
 - 2.8. Tratamiento
- 3. Trastornos bipolares

03.05. OTROS

Tema 03.05.01 | OTROS TRASTORNOS DE LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA

- 1. Mutismo selectivo
 - 1.1. Introducción histórica
 - 1.2. Definición y descripción
 - 1.3. Epidemiología
 - 1.4. Curso
 - 1.5. Diagnóstico diferencial
 - 1.6. Etiología (modelos teóricos)
 - 1.7. Evaluación
 - 1.8. Tratamiento
- 2. Trastorno reactivo de la vinculación
 - 2.1. Introducción histórica
 - 2.2. Definición y descripción
 - 2.3. Clasificación
 - 2.4. Epidemiología
 - 2.5. Curso
 - 2.6. Diagnóstico diferencial
 - 2.7. Etiología (modelos teóricos)

Tema 03.05.02 | **PSICOLOGÍA DE LA SALUD
INFANTOJUVENIL**

1. Introducción
2. Trastornos psicosomáticos
3. Asma bronquial
4. Diabetes
5. Cefaleas
6. Dolor

Tema 03.05.03 | **MALOS TRATOS, ABUSO
Y ABANDONO DE LA INFANCIA Y LA
NIÑEZ**

1. Malos tratos
 - 1.1. Introducción histórica
 - 1.2. Definición y descripción
 - 1.3. Consecuencias y efectos
 - 1.4. Clasificación
 - 1.5. Epidemiología
 - 1.6. Etiología
2. Abuso sexual
 - 2.1. Definición y descripción
 - 2.2. Consecuencias y efectos
 - 2.3. Epidemiología
 - 2.4. Curso
 - 2.5. Etiología
 - 2.6. Evaluación
 - 2.7. Tratamiento
3. Alienación parental
4. Acoso escolar

Tema 03.05.04 | **ADICCIONES EN LA
POBLACIÓN INFANTO-JUVENIL**

1. Introducción
2. Drogadicción

**BIBLIOGRAFÍA COMENTADA
WEBGRAFÍA COMENTADA
PREGUNTAS PIR DE CONVOCATORIAS
ANTERIORES**

No incluimos de la página 11 a la página 68.

02. TRASTORNOS EN HABILIDADES

ÍNDICE

Tema 03.02.01 | TRASTORNOS DE LA COMUNICACIÓN

1. Trastornos de la comunicación
2. Trastorno mixto del lenguaje receptivo-expresivo
 - 2.1. Introducción histórica
 - 2.2. Definición y descripción
 - 2.3. Clasificación
 - 2.4. Epidemiología
 - 2.5. Curso
 - 2.6. Diagnóstico diferencial
 - 2.7. Etiología (modelos teóricos)
 - 2.8. Evaluación
 - 2.9. Tratamiento
3. Trastorno del lenguaje expresivo
 - 3.1. Introducción histórica
 - 3.2. Definición y descripción
 - 3.3. Clasificación
 - 3.4. Epidemiología
 - 3.5. Curso
 - 3.6. Diagnóstico diferencial
 - 3.7. Etiología (modelos teóricos)
 - 3.8. Evaluación
 - 3.9. Tratamiento
4. Trastorno fonológico
 - 4.1. Introducción histórica
 - 4.2. Definición y descripción
 - 4.3. Clasificación
 - 4.4. Epidemiología
 - 4.5. Curso
 - 4.6. Diagnóstico diferencial
 - 4.7. Etiología (modelos teóricos)
 - 4.8. Evaluación
 - 4.9. Tratamiento
5. Tartamudeo
 - 5.1. Introducción histórica
 - 5.2. Definición y descripción
 - 5.3. Clasificación
 - 5.4. Epidemiología
 - 5.5. Curso
 - 5.6. Diagnóstico diferencial
 - 5.7. Etiología (modelos teóricos)
 - 5.8. Evaluación
 - 5.9. Tratamiento

Tema 03.02.02 | TRASTORNOS DEL APRENDIZAJE

1. Trastornos del aprendizaje
2. Trastorno del aprendizaje de la lectura
 - 2.1. Introducción histórica

- 2.2. Definición y descripción
- 2.3. Clasificación
- 2.4. Epidemiología
- 2.5. Curso
- 2.6. Diagnóstico diferencial
- 2.7. Etiología
- 2.8. Evaluación
- 2.9. Tratamiento
3. Trastorno del aprendizaje de la expresión escrita
 - 3.1. Introducción histórica
 - 3.2. Definición y descripción
 - 3.3. Epidemiología
 - 3.4. Curso
 - 3.5. Diagnóstico diferencial
 - 3.6. Etiología
 - 3.7. Evaluación
 - 3.8. Tratamiento
4. Trastorno del aprendizaje del cálculo
 - 4.1. Introducción histórica
 - 4.2. Definición y descripción
 - 4.3. Epidemiología
 - 4.4. Curso
 - 4.5. Diagnóstico diferencial
 - 4.6. Etiología

Tema 03.02.03 | TRASTORNOS DE LAS HABILIDADES MOTORAS

1. Trastorno del desarrollo de la coordinación
 - 1.1. Introducción histórica
 - 1.2. Definición y descripción
 - 1.3. Epidemiología
 - 1.4. Curso
 - 1.5. Diagnóstico diferencial
 - 1.6. Etiología (modelos teóricos)

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- CUETOS, F. (1990). **Psicología de la lectura**. Escuela española. Madrid.
- FERNÁNDEZ ZÚÑIGA, A. **Descripción y tratamiento de los trastornos de la comunicación y del lenguaje**. En CABALLO, V.; SIMÓN, M. A. (2002): **Manual de Psicología Clínica Infantil y del adolescente. Trastornos específicos**. Pirámide. Madrid.
- FERNÁNDEZ-ZÚÑIGA, A. y CAJA, R. **La tartamudez en los niños**. En SERVERÁ, M. (2002): **Intervención en los trastornos del comportamiento infantil. Una**

- perspectiva conductual de sistemas.** Pirámide. Madrid.
- GARCÍA-NONELL, E.; RIGAU-RATERA, J. y ARTIGAS-PALLARÉS, J. (2006). **Perfil neurocognitivo del trastorno de aprendizaje no verbal.** Revista de Neurología nº 43, pp. 268-274.
 - GAVILÁN, B.; FOURNIER-DEL CASTILLO, C. y BERNABEU-VERDÚ, J. **Diferencias entre los perfiles neuropsicológicos del síndrome de Asperger y del síndrome de dificultades de aprendizaje no verbal.** Revista de Neurología nº 45 (12): pp. 713-719.
 - MAGALLÓN, S. y NARBONA, J. (2009). **Detección y estudios específicos en el trastorno de aprendizaje procesal.** Revista de Neurología nº 48 (Supl 2): S71-S76.
 - MULAS, F.; ETCHEPAREBORDA, M.; DÍAZ-LUCERO, A. y RUIZ, R. (2006). **El lenguaje y los trastornos del neurodesarrollo. Revisión de las características clínicas.** Revista de Neurología. Nº 42 (Supl 2): S103-S110.
 - PEÑA-CASANOVA, J. (2001). **Manual de logopedia.** 3ª edición. Massón. Barcelona.
 - RAMOS, F.; MANGA, D.; GONZÁLEZ, H. y PÉREZ, M. **Trastornos del aprendizaje.** En BELLOCH, A.; SANDÍN, B. y RAMOS, F. (2008): **Manual de psicopatología. Edición Revisada.** Volumen II. McGraw-Hill. Madrid.
 - RIGAU-RATERA, J.; GARCÍA-NONELL, E. y ARTIGAS-PALLARÉS, J. (2004). **Características del trastorno de aprendizaje no verbal.** Revista de Neurología nº 38 (Supl 1): S33-S38.
 - RODRÍGUEZ, F. **Trastornos Específicos del Lenguaje.** Material del Curso sobre Neuropsicología Infantil impartido por el COP Madrid 2005-2006.
 - SANTACREU, J. y FROJÁN, M.J. (1999). **La tartamudez. Guía de prevención y tratamiento infantil.** Pirámide. Madrid.
 - SERRANO, F. y DEFIOR, S. **Dyslexia in Spanish. The state of the matter.** Electronic Journal of Research in Educational Psychology. Nº 2 (2), 13-34.
 - TORO, J.; CERVERA, M. y URIO, C. **EMLE. Escalas Magallanes de lectura y escritura. Tale 2000. Manual de Referencia.** Albor-Cohs. Bizcaia.
 - TORRES, R. y FERNÁNDEZ, P. (1994). **Dislexia, disortografía y disgrafía.** Pirámide. Madrid.

Tema 03.02.01 | TRASTORNOS DE LA COMUNICACIÓN

queos) o clónicas (cuando se manifiesta en forma de repetición de sonidos).

ORIENTACIONES

En este tema se revisan los trastornos relacionados con una alteración específica del lenguaje hablado.

Las preguntas se han centrado en las definiciones de los trastornos, básicamente como aparecen en el DSM.

Sin alcanzar la importancia de los temas precedentes, los trastornos de comunicación también generan una importante cantidad de preguntas.

ASPECTOS ESENCIALES

1. *El término disfasias normalmente se ha utilizado para referirse a las alteraciones específicas del lenguaje hablado (no solamente problemas en la pronunciación). Es decir no afectaban a la inteligencia y eran de suficiente gravedad.*
2. *Existen ciertas disfasias adquiridas. Las causadas por una etiología orgánica. Un tipo es la disfasia infantil adquirida que al producirse entre los 3-10 tienen un buen pronóstico.*
3. *Los problemas en la pronunciación pueden deberse a malformaciones en los órganos encargados de la fonación y se denominan disglosias. Por alteraciones en el sistema nervioso motor y entonces se denominan disartrias. O por otro tipo de alteraciones y entonces se denominan dislalias.*
4. *El tartamudeo o disfemia son las alteraciones producidas en el ritmo del lenguaje. Generalmente se clasifican como tónicas (cuando se manifiesta en forma de blo-*

PREGUNTAS REPRESENTATIVAS

214/--PS/97/5. *¿Cómo se llama el trastorno específico del lenguaje que afecta a la comprensión y expresión y que se da en un niño de inteligencia normal y que no presenta ningún trastorno de otro tipo?:*

- 1) Dislexia evolutiva.
- 2) Afasia global.
- 3) Afasia infantil adquirida.
- 4) Retraso simple del habla.
- 5) Disfasia evolutiva.

156/--PS/2000/3. *Según la CIE 10 el trastorno de la pronunciación consiste en:*

- 1) Un trastorno generalizado del desarrollo en el que el síntoma principal es la dificultad de pronunciación de algunos fonemas.
- 2) Un trastorno de la articulación del lenguaje asociado a un retraso mental.
- 3) Un trastorno específico del desarrollo en el que la pronunciación de los fonemas está a un nivel significativamente inferior al adecuado para la edad mental del niño.
- 4) Un trastorno funcional de la articulación del lenguaje atribuible a una anomalía sensorial o neurológica.
- 5) Un trastorno específico del desarrollo en el que la capacidad para la expresión del lenguaje oral es significativamente inferior al adecuado para la edad mental del niño.

047/--PS/2001/5. *Según el DSM IV la característica esencial del tartamudeo es:*

- 1) Frecuentes repeticiones o prolongaciones de sonidos o sílabas, secundarias a un déficit sensorial o motor del habla.
- 2) Una alteración de la fluidez del habla con fragmentaciones de palabras y repetición de palabras monosilábicas, que no interfieren con el rendimiento académico.
- 3) Repeticiones frecuentes de sonidos y sílabas y palabras fragmentadas, cuya intensidad no varía en función de las necesidades de comunicación social.

- 4) Frecuentes repeticiones de palabras monosilábicas, palabras fragmentadas y repeticiones, acompañadas de un CI límite.
- 5) Un trastorno de la fluidez normal y de la estructuración temporal del habla inapropiada para la edad del sujeto.

Tema 03.02.01 | TRASTORNOS DE LA COMUNICACIÓN

1. Trastornos de la comunicación
2. Trastorno mixto del lenguaje receptivo-expresivo
 - 2.1. Introducción histórica
 - 2.2. Definición y descripción
 - 2.3. Clasificación
 - 2.4. Epidemiología
 - 2.5. Curso
 - 2.6. Diagnóstico diferencial
 - 2.7. Etiología (modelos teóricos)
 - 2.8. Evaluación
 - 2.9. Tratamiento
3. Trastorno del lenguaje expresivo
 - 3.1. Introducción histórica
 - 3.2. Definición y descripción
 - 3.3. Clasificación
 - 3.4. Epidemiología
 - 3.5. Curso
 - 3.6. Diagnóstico diferencial
 - 3.7. Etiología (modelos teóricos)
 - 3.8. Evaluación
 - 3.9. Tratamiento
4. Trastorno fonológico
 - 4.1. Introducción histórica
 - 4.2. Definición y descripción
 - 4.3. Clasificación
 - 4.4. Epidemiología
 - 4.5. Curso
 - 4.6. Diagnóstico diferencial
 - 4.7. Etiología (modelos teóricos)
 - 4.8. Evaluación
 - 4.9. Tratamiento
5. Tartamudeo
 - 5.1. Introducción histórica
 - 5.2. Definición y descripción
 - 5.3. Clasificación
 - 5.4. Epidemiología
 - 5.5. Curso
 - 5.6. Diagnóstico diferencial
 - 5.7. Etiología (modelos teóricos)
 - 5.8. Evaluación
 - 5.9. Tratamiento

1. TRASTORNOS DE LA COMUNICACIÓN

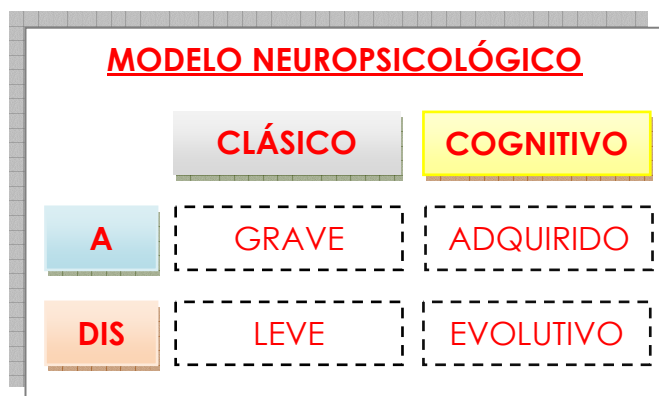
Uno de las complicaciones de los trastornos por habilidades. Es la falta de consenso en relación a la denominación

y la definición de las diferentes alteraciones. Lo que provoca la existencia de múltiples términos para referirse al mismo problema, o viceversa la utilización del mismo término para referirse a cosas diferentes.

Un uso muy frecuente es el recurrir al uso de los prefijos “a” y “dis” que se añaden a la función que se considera alterada. De esta forma tenemos las siguientes definiciones:

FUNCIÓN	DIS	A
Fasia	Disfasia	Afasia
Fonia	Disfonía	Afonía
Lalia	Dislalia	Alalia
Artria	Disartria	Anartria
Glosia	Disglosia	Aglosia
Femia	Disfemia	Afemia
Lexia	Dislexia	Alexia
Grafía	Disgrafía	Agrafía
Ortografía	Disortografía	Anortografía
Calculia	Discalculia	Acalculia
Praxia	Dispraxia	Apraxia

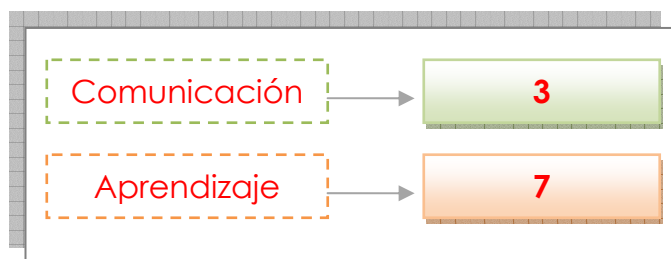
Pero un problema importante surge cuando estos dos prefijos se emplean siguiendo criterios diferentes. Así los autores que siguen un modelo clásico de neuropsicología lo utilizan señalando el nivel de gravedad (“dis” = dificultades o errores en la realización de la función; “a” = dificultad o imposibilidad grave para realizar la función). Mientras que los autores que siguen un modelo cognitivo de neuropsicología los utilizan en función de la etiología (“dis” = alteración evolutiva, sin causa orgánica conocida y sin período inicial normal; “a” = alteración adquirida, con causa conocida y con período inicial normal).



El DSM-IV denomina trastornos de la comunicación a los trastornos que la CIE-10 llama **trastornos específicos del desarrollo del habla y del lenguaje**.

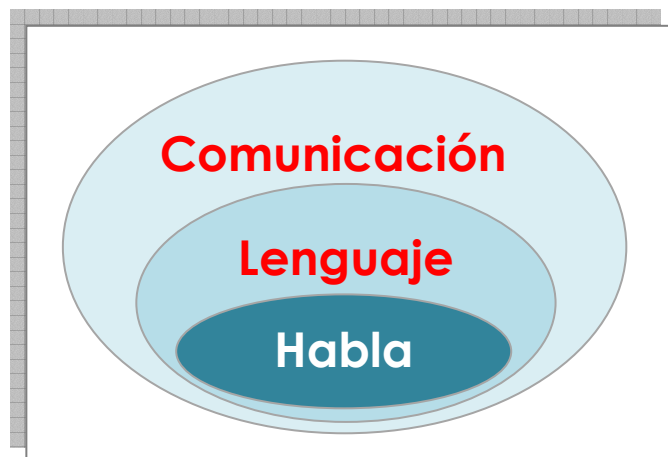
Los trastornos de este grupo diagnóstico, están muy relacionados con los trastornos del aprendizaje. Algunos autores no están de acuerdo en separar el lenguaje hablado del escrito considerando dicha distinción como algo arbitrario. Los trastornos del lenguaje suelen aparecer antes, en la etapa preescolar, mientras que los trastornos del aprendizaje sólo se ponen de manifiesto en la etapa escolar.

No existe un acuerdo total sobre cuando hacer el diagnóstico de estos trastornos. Pero si parece prevalecer el criterio de considerar la presencia de los trastornos de la comunicación a partir de los 3 años. Mientras que los trastornos del aprendizaje a partir de los 7 años.

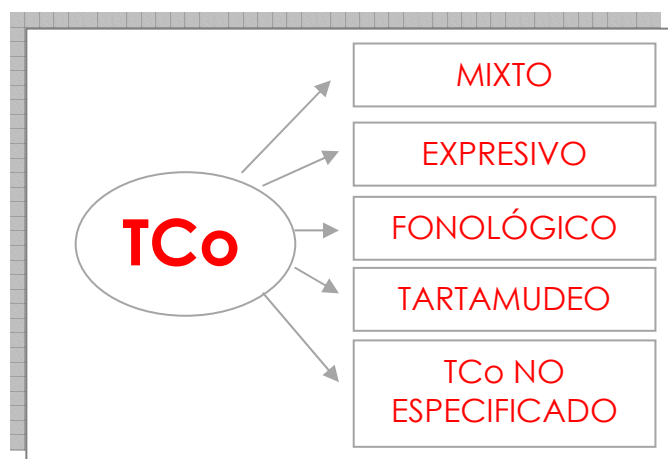


Estos trastornos **no son un producto directo de alteraciones sensoriales o motoras, retraso mental, o factores ambientales**. En el caso de concurrir alguna de estas circunstancias las deficiencias que aparezcan deben superar significativamente las esperadas en niños con tales alteraciones o deficiencias para hacer el diagnóstico. Las diferencias deben ser generalizadas, es decir se manifiestan en todas las circunstancias y no se circunscriben a circunstancias determinadas.

Tanto los trastornos de la comunicación como los del aprendizaje fueron reconocidos a principios de siglo por parte de los neurólogos y los afasiólogos que intentaron asimilarlas a los déficit similares producidos por lesiones focales del cerebro.



Y es a mediados de siglo cuando pasan a enfatizarse los aspectos evolutivos y psicológicos dejando en un segundo lugar los neurológicos.



Los trastornos de la comunicación también se han denominado **disfasias infantiles**, alalia congénita o idiopática, retraso idiopático del lenguaje, afasia congénita o evolutiva, sordera verbal congénita, impercepción auditiva congénita, retraso evolutivo del lenguaje y discapacidad específica para el lenguaje. Dada la complejidad del tema se ha producido un exceso de terminología que acaba generando un alto grado de confusión al no existir un organismo que unifique criterios y terminología como puede apreciarse en el artículo de Mulas y cols.(2006).

Los trastornos disfásicos (trastornos expresivo y mixto expresivo-receptivo) pueden clasificarse en:

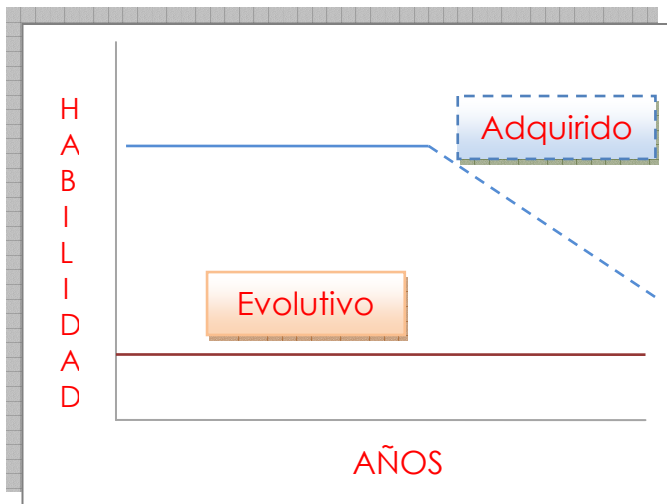
1. Disfasias adquiridas

Son aquéllas en las que se conoce la causa responsable de las alteraciones en el lenguaje. Y generalmente se producen tras un período inicial en el que la persona realizaba dicha habilidad de manera adecuada.

2. Disfasias evolutivas

Son aquéllas en las que su origen es desconocido, y por lo tanto no están asociadas a ninguna lesión neurológica. Y se producen desde el primer momento en el que niño empieza a comunicarse.

Tales problemas se han intentado explicar mediante alteraciones orgánicas (como daño cerebral o retraso madurativo del cerebro) pero como por el momento no se ha encontrado su etiología orgánica siguen considerándose evolutivas.



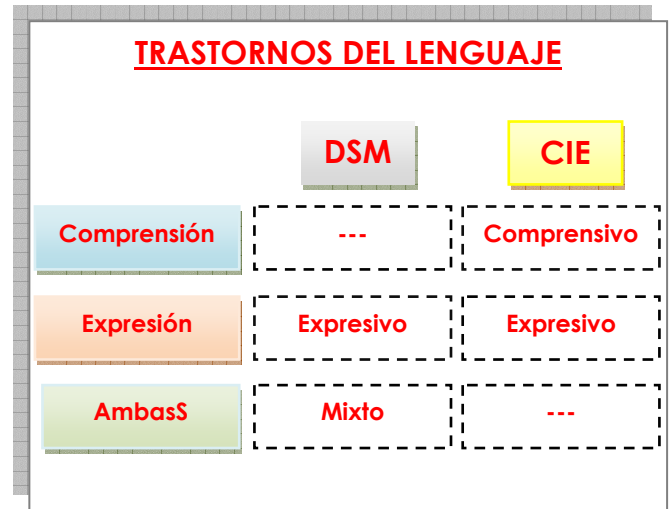
2. TRASTORNO MIXTO DEL LENGUAJE RECEPTIVO-EXPRESIVO

2.1. INTRODUCCIÓN HISTÓRICA

Históricamente tanto al trastorno de la expresión como al de la comprensión del lenguaje se les ha denominado disfasias (en este caso **disfasia receptiva**).

La CIE-10 lo denomina trastorno de la comprensión del lenguaje. También se ha denominado a este trastorno

disfasia, afasia congénita, sordera verbal congénita, agnosia verbal auditiva, etc.



El DSM-IV considera que el trastorno receptivo del lenguaje no aparece aisladamente sin la presencia de problemas en el lenguaje expresivo. Por lo que desde su punto de vista siempre que haya alteración en la comprensión del lenguaje existirán problemas en la expresión del lenguaje.

En cambio en la CIE no existe un cuadro mixto porque en los casos en que se produzcan, solamente se diagnostica como trastorno en la comprensión.

2.2. DEFINICIÓN Y DESCRIPCIÓN

Se caracteriza por una **alteración tanto del desarrollo del lenguaje receptivo como del expresivo**, se manifiesta por las puntuaciones obtenidas en evaluaciones individuales del desarrollo del lenguaje expresivo y receptivo, a través de pruebas normalizadas que se sitúan significativamente por debajo de las obtenidas en las evaluaciones de la capacidad intelectual no verbal.

El sujeto afectado por este trastorno presenta dificultades en el lenguaje expresivo y además experimenta los problemas en el desarrollo del lenguaje receptivo (que se manifiesta por ejemplo en la dificultad para comprender palabras, frases o tipos específicos de palabras). En los casos leves pueden observarse dificultades sólo para comprender tipos particulares de palabras o frases. En los casos más graves pueden observarse múltiples anomalías como la incapacidad para comprender el vocabulario más simple, así como déficit en diferentes aspectos de la comprensión del lenguaje. Puesto que el desarrollo del lenguaje expresivo en la infancia descansa en la adquisición de habilidades receptivas, virtualmente nunca se observa un trastorno puro del lenguaje receptivo (análogo a una afasia

de Wernicke en los adultos). Las dificultades de la comunicación pueden implicar tanto el lenguaje verbal como el no verbal (la gesticulación).

Las dificultades del lenguaje provocan un deterioro en el rendimiento académico, laboral o social y no cumplen los criterios para el diagnóstico de un trastorno generalizado del desarrollo.

En el caso de que exista retraso mental, un déficit sensorial o motor del habla, o una privación ambiental, las alteraciones en el lenguaje exceden las que normalmente se esperan de tales alteraciones (es decir que la alteración no es la exclusiva para esos trastornos).

2.3. CLASIFICACIÓN

1. Etiológica

a) Trastorno del lenguaje receptivo-expresivo adquirido

Se produce una afectación del lenguaje receptivo y expresivo tras un período de desarrollo normal a consecuencia de una enfermedad médica (ej., encefalitis, traumatismo craneal).

Se denomina **disfasia infantil adquirida** a aquellos trastornos que tras un período de desarrollo normal (algunos autores han puesto el límite inferior en tres años y el superior en diez¹) aparece como consecuencia de una enfermedad neurológica o médica.

Una característica de la disfasia infantil adquirida es la **hipoproductividad** que consiste en un lenguaje notablemente reducido, dejando prácticamente de hablar durante un período de tiempo.

Un tipo especial es la afasia adquirida con epilepsia (**síndrome de Landau-Kleffner**) en la que el niño tras haber tenido un desarrollo normal en la adquisición del lenguaje pierde la capacidad de comprensión y de expresión del mismo, se acompaña de alteraciones en el EEG (generalmente en ambos lóbulos temporales) y en muchos casos también aparecen ictus epilépticos. Su inicio suele acontecer entre los 3 y los 7 años, pero puede aparecer en cualquier momento de la infancia, lo habitual es que la pérdida del lenguaje se produzca de forma brusca, pero también puede ser progresiva. La alteración consiste en un deterioro

¹ Entre los 3 y 10 años las lesiones cerebrales dan lugar a disfasia, pero el sujeto con el tiempo va recuperando la función porque el hemisferio intacto asume el lenguaje. Las lesiones ocurridas después de los 10 años producen trastornos parecidos a los del adulto (con difícil recuperación).

ro en la comprensión del lenguaje y de los sonidos, unido a un enmudecimiento o una limitación del lenguaje. Su curso es variable, parte de los casos tienden a la recuperación y otra parte tiende a mantener sus alteraciones.

b) Trastorno del lenguaje receptivo-expresivo evolutivo

Se produce una alteración del lenguaje receptivo y expresivo que no está asociada a ninguna afectación neurológica de origen conocido. Este tipo se caracteriza por un ritmo lento del desarrollo del lenguaje donde el habla puede iniciarse tardíamente y avanzar con lentitud a través de los sucesivos estadios del desarrollo del lenguaje.

2.4. EPIDEMIOLOGÍA

Se estima que este trastorno puede ocurrir en un 3% de los niños en edad escolar, pero probablemente es menos frecuente que el trastorno del lenguaje expresivo. El síndrome de Landau-Kleffner y otras formas de tipo adquirido del trastorno son más raros.

2.5. CURSO

Habitualmente el trastorno de tipo evolutivo se detecta antes de los 4 años de edad. Las formas graves del trastorno pueden manifestarse hacia los 2 años. Las formas más leves pueden no reconocerse hasta que el niño ingresa en la escuela elemental donde los déficit de comprensión se hacen más evidentes.

En el trastorno mixto del lenguaje receptivo-expresivo de tipo adquirido, el curso y el pronóstico están relacionados con la gravedad y la localización de la patología cerebral, así como con la edad del niño y el grado de desarrollo del lenguaje en el momento en que se adquirió el trastorno.

2.6. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

a) Trastorno autista

Los casos graves de alteración del lenguaje pueden confundirse con casos de TGD. Pero los casos de trastornos en la comprensión del lenguaje suelen participar en las relaciones sociales y manifestar juego simbólico, buscan el contacto con otras personas y suelen tener una comunicación no verbal adecuada o con pequeños déficits. Presentan un lenguaje retrasado y no cualitativamente diferente. Además de no presentar una alteración tan generalizada a la mayoría de los ámbitos del desarrollo.

b) Retraso mental

Pueden hacerse ambos diagnósticos si el retraso en el lenguaje es significativamente superior al esperado para los déficit intelectuales. Hay por lo tanto que atender a los niveles intelectivos del niño antes de efectuar un diagnóstico de trastorno del desarrollo del lenguaje, ya que la casi totalidad de niños con retraso mental presentan problemas en el área del lenguaje.

2.7. ETIOLOGÍA (MODELOS TEÓRICOS)

Se han propuesto múltiples causas que pueden incluirse dentro de dos subgrupos, las orgánicas, y las ambientales.

Se han planteado diversos factores que sobretodo pueden afectar al desarrollo del lenguaje si actúan en el momento crítico de mayor desarrollo del lenguaje, como son los primeros años de la vida del niño.

1. Hipótesis Orgánicas

a) Deficiencias perceptivas

Se ha apuntado un déficit en las habilidades perceptivas como responsables de los problemas con el lenguaje. Entre las alteraciones mencionadas están problemas en la discriminación, atención, o memoria auditiva; memoria secuencial y asociación auditivo-visual.

Principalmente se ha planteado que la posible existencia de ciertas dificultades auditivas puede hacer imperceptibles sutilezas en el lenguaje que son fundamentales a la hora de precisar el fonema y por consiguiente el significado.

Por ejemplo se ha asociado el trastorno con problemas médicos que afectan al sistema auditivo (como por ejemplo otitis de repetición, vegetaciones, etc.) que pueden afectar a la percepción precisa del mensaje auditivo.

También se ha asociado con alteraciones en la audición de tonos graves o agudos, o hipoacusias ligeras.

b) Alteraciones neurológicas

Señala una similitud entre estos trastornos y las afasias que se producían en sujetos adultos, asociándose por lo tanto con alteraciones en la zona temporoparietal o parietooccipital del hemisferio izquierdo. Dicha hipótesis sobre todo se relaciona con adultos, ya que cuando estas lesiones ocurren en niños en muchos casos la plasticidad del cerebro tiende a compensarla. Pudiendo superar la lesión

realizando la tarea con otras partes del cerebro, antes de que esta zona se encuentre especializada.

Posteriormente esta hipótesis evolucionó hacia lesiones cerebrales "mínimas" (supuestamente de origen prenatal) o a diversas alteraciones acontecidas en el hemisferio izquierdo, o en el proceso de lateralización. Apoyándose en el hecho de que estos niños suelen presentar pequeñas alteraciones neurológicas ("soft signs"). Pero estas hipótesis no se han podido demostrar, lo que ha provocado que hayan ido perdiendo vigencia.

c) Hipótesis multifactoriales

Aram y Nation (1982) proponen un modelo interactivo y evolutivo, centrado en el papel que juegan las constantes interacciones que se establecen entre el niño y su entorno (incluyendo procesos biológicos, psicológicos y circunstancias ambientales).

2. Hipótesis Psicológicas

Se han planteado que situaciones de privación emocional o social (escasas o inadecuadas interacciones), o condiciones ambientales inconvenientes afectan al desarrollo de las interacciones comunicacionales (verbales y no verbales).

2.8. EVALUACIÓN

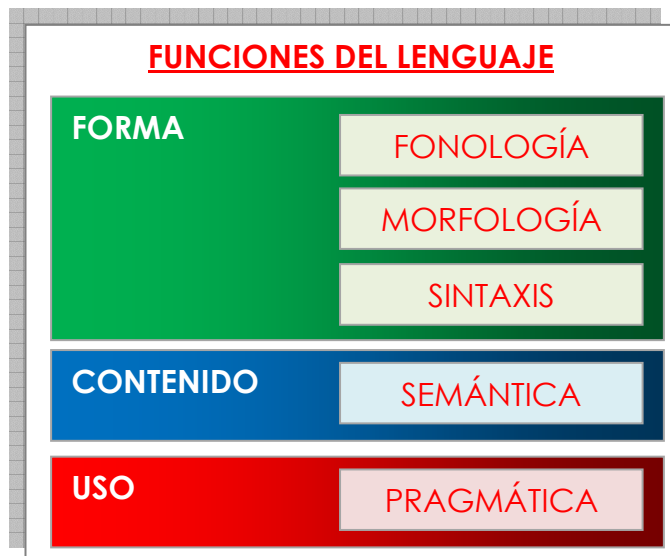
Las señales de alerta que pueden detectarnos la presencia de un problema de lenguaje son:

EDAD	MANIFESTACIONES
12 meses	Ausencia de balbuceo
18 meses	Ausencia del uso de palabras sencillas ¹
24 meses	Ausencia de frases de dos palabras (no ecológicas)
Cualquier edad	Cualquier pérdida de lenguaje

¹ El niño no dice 5 palabras sueltas que no sean "papá" o "mamá".

La identificación implica revisar la existencia de todos los criterios diagnósticos. Lo que implica una valoración general, incluyendo una evaluación del lenguaje, de la inteligencia no verbal, y del funcionamiento general (para conocer las repercusiones que la posible alteración del lenguaje tiene en las diferentes áreas de adaptación de la persona). Así como descartar la presencia de problemas orgánicos u otros trastornos mentales globales responsables del trastorno.

Entre las pruebas para evaluar el lenguaje se encuentran pruebas que valoran los diferentes aspectos del lenguaje, mientras que otras se ocupan sólo de aspectos concretos, siguiendo el modelo de Lois **Bloom** y Margaret **Haley**:



Pruebas generales

Existen baterías generales que tratan de evaluar los diferentes áreas del lenguaje:

- **PLON-R** (Prueba de Lenguaje Oral Navarra-Revisada) de **Aguinaga** y cols. (2004). Es un test que sirve de screening o detección rápida del desarrollo del lenguaje oral. Edad de aplicación: 3 a 6 años.
- **ITPA** (Test Illinois de Aptitudes Psicolingüísticas) de Kirk, McCarthy y Kirk (1968). Evaluación de las funciones psicolingüísticas implicadas en el proceso de comunicación y consecuentemente, detección de trastornos de aprendizaje. Edad de aplicación: de 2,5 a 10,5 años (PIR 00, 101).
- **BLOC** (Batería de Lenguaje Objetiva y Criterial) de Puyuelo y cols. (2000). Mide 4 componentes básicos del lenguaje: morfología, sintaxis, semántica y pragmática. No mide fonología. Edad de aplicación: de 5 a 14 años. Existe una versión reducida BLOC Screening.
- **MacARTHUR**. Inventario de desarrollo Comunicativo. Para la evaluación de niños de 8 a 30 meses. Evalúa gestos prelingüísticos, vocalizaciones prelingüísticas, vocabulario y gramática. Permite estudiar los procesos de adquisición del lenguaje y las habilidades de comunicación. Es un inventario contestado principalmente por los padres.
- **Escalas Reynell** (Escala de desarrollo del lenguaje) de Reynell (1978). Prueba para niños de 6 meses a 5 años.

Evalúa el desarrollo del lenguaje tanto expresivo como comprensivo.

Pruebas específicas

Fonología

- **REGISTRO FONOLÓGICO INDUCIDO**: Este test evalúa la fonología en expresión inducida y en repetición. Edad de aplicación entre 3 y 7 años.
- **ELA-R** (examen logopédico de articulación revisado) de García y cols.(1999) Sirve para evaluar el componente fonológico del lenguaje. Edad de aplicación: 4 a 6 años.
- **EDAF**. Evaluación de la Discriminación Auditiva y Fonológica. Sirve para detectar las posibles alteraciones, desde los tres años de edad aproximadamente, que pudieran derivar de déficits en el ámbito de la discriminación auditiva, para su rápido tratamiento.

Morfosintaxis

- **TSA** (Desarrollo de la morfosintaxis en el niño) de Aguado (2000). Evalúa el componente morfosintáctico del lenguaje. Edad de aplicación: de 3 a 7 años.
- **CEG** (Test de comprensión de estructuras gramaticales) de Mendoza y cols. Evalúa la comprensión gramatical en niños de 4 a 11 años. La tarea requiere que determine y comprenda la estructura sintáctica.

Semántica

- **PPVT-III** (Test de vocabulario de imágenes de Peabody) de Dunn. Evalúa el léxico del sujeto. A partir de 2 años y medio.
- **BOEHM TEST DE CONCEPTOS BÁSICOS** de Boehm. Sirve para apreciar el dominio que los niños poseen de cierto número de conceptos que parecen fundamentales para el aprovechamiento escolar durante los primeros años. Edad de aplicación: entre 4 y 7 años.
- **CONCEBAS** (Test de Conceptos Básicos para Educación Infantil y Primaria) de García y Yuste. Evalúa el dominio de conceptos básicos en niños entre 4 y 7 años.

2.9. TRATAMIENTO

En el tratamiento de los trastornos específicos del lenguaje se han planteado una serie de estrategias para la intervención:

– La importancia que supone una identificación temprana que permite que la intervención sea lo más pronto posible. Teniendo en cuenta que la flexibilidad del niño es mayor en los primeros años de vida, es donde se observa un mayor avance.

– El desarrollo de estrategias de intervención. Ya que no existe un único tipo de intervención que sea el ideal para todos los niños. Sino que hay que realizar una evaluación individualizada, detectando los puntos fuertes y débiles para poder desarrollar también una intervención individualizada.

– La selección de objetivos de intervención. Que han de ser objetivos y precisos que permitan verificar si son alcanzados a lo largo de la intervención. Y que permita dirigir la intervención específicamente a ese objetivo. En la mayoría de los casos la recomendación consiste en aumentar la comunicación verbal y no verbal tanto en cantidad, como en variedad y en inteligibilidad.

– Una evaluación periódica que propicia una valoración de la evolución del caso. La monitorización de la intervención permite comprobar su efectividad y modificar la intervención en caso de no se objetiva un avance.

– La implicación de la familia con el objetivo de incentivar la intervención y propiciar la generalización.

– La implicación e integración de los diferentes profesionales implicados en la intervención.

El objetivo consiste en enseñar a los niños habilidades y hábitos de lenguaje.

3. TRASTORNO DEL LENGUAJE EXPRESIVO

3.1. INTRODUCCIÓN HISTÓRICA

Históricamente se le ha denominado como **disfasia expresiva**. La CIE-10 lo denomina trastorno de la expresión del lenguaje.

3.2. DEFINICIÓN Y DESCRIPCIÓN

Este trastorno se caracteriza por una **deficiencia en el desarrollo del lenguaje expresivo** verbal, que se puede demostrar mediante las puntuaciones del desarrollo del lenguaje expresivo obtenidas en evaluaciones individuales mediante pruebas normalizadas; las puntuaciones obtenidas deben ser significativamente inferiores (generalmente se utiliza el criterio de dos desviaciones típicas) a las de su

población de referencia, y a las esperadas para su nivel intelectual no verbal. Las dificultades de la comunicación pueden implicar tanto el lenguaje verbal como el no verbal (la gesticulación). Las dificultades **interfieren el rendimiento académico o laboral** o bien la comunicación social. Y **no se encuentra afectada la comprensión del lenguaje**, es decir no cumple los criterios del trastorno mixto del lenguaje receptivo-expresivo, ni del trastorno generalizado del desarrollo (PIR 04, 170).

Existe una gran variación individual en la presentación clínica del trastorno, pero normalmente se muestra a través de limitaciones semánticas, sintácticas y morfológicas.

Junto al trastorno expresivo suele aparecer el trastorno fonológico.

Como hemos mencionado el funcionamiento no lingüístico (medido mediante tests de inteligencia visuomanual) y las habilidades de comprensión del lenguaje deben estar situados dentro de los límites normales.

Sin embargo el lenguaje interior (imaginación y juegos de fantasía) está dentro de los niveles normales. El niño trata de comunicarse a través de la comunicación no verbal (que generalmente no está alterado, por lo que el niño intenta comunicarse mediante gestos y mímica) y a través de sonidos.

El trastorno expresivo del lenguaje suele provocar problemas escolares y de aprendizaje que pueden llegar a dar lugar a trastornos en el desarrollo del aprendizaje.

También suelen coexistir problemas en alcanzar los desarrollos motores en el período considerado como normal, un trastorno evolutivo en la coordinación y retrasos en el control de esfínteres (enuresis).

También se ha asociado frecuentemente con dificultades en las relaciones sociales o un retraimiento social y también se ha asociado con problemas emocionales y trastornos comportamentales como el trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Puede ir acompañado de alteraciones en el EEG, y hallazgos neurológicos anormales.

3.3. CLASIFICACIÓN

a) Disfasia infantil adquirida

Algunos casos de la disfasia infantil adquirida afectan exclusivamente a la expresión del lenguaje, manteniéndose la comprensión.

b) Disfasia evolutiva

En el tipo evolutivo existe una alteración del lenguaje expresivo que no está asociada a lesión neurológica alguna, sino que es de origen desconocido. Los niños con este tipo de trastorno suelen iniciar su habla tardíamente y progresan con más lentitud de lo normal a través de los distintos estadios del desarrollo del lenguaje expresivo.

3.4. EPIDEMIOLOGÍA

Se estima que un 3-5% de los niños puede estar afectado por el trastorno del lenguaje expresivo de tipo evolutivo. El tipo adquirido es menos frecuente.

3.5. CURSO

El trastorno del lenguaje expresivo de tipo evolutivo suele identificarse hacia los 3 años de edad, aunque las formas más leves del trastorno pueden no manifestarse hasta el inicio de la adolescencia, cuando el lenguaje acostumbra a hacerse más complejo.

El trastorno del lenguaje expresivo de tipo adquirido debido a lesiones cerebrales, traumatismo craneal o ictus puede ocurrir a cualquier edad y su inicio es súbito.

La evolución del trastorno del lenguaje expresivo de tipo evolutivo es variable. Aproximadamente la mitad de los niños afectados por este trastorno parecen superarlo, mientras que la otra mitad sufre dificultades duraderas. Al finalizar la adolescencia, la mayoría adquiere unas habilidades lingüísticas más o menos normales, aunque pueden persistir déficits sutiles.

En el trastorno del lenguaje expresivo de tipo adquirido, la evolución y el pronóstico están relacionados con la gravedad y localización de la patología cerebral, así como con la edad del niño y el nivel de desarrollo del lenguaje existente en el momento en que se adquirió el trastorno. A veces la mejora clínica de las habilidades lingüísticas es rápida y completa, mientras que otras puede darse una recuperación incompleta o un déficit progresivo.

3.6. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

a) Trastorno mixto del lenguaje receptivo-expresivo

La diferencia estriba en que en el trastorno del lenguaje expresivo no se da la presencia de alteraciones significativas del lenguaje receptivo.

b) Trastorno autista

El trastorno autista presenta además anomalías de la comunicación y una alteración cualitativa de la interacción social junto a unos patrones de comportamientos restringidos, repetitivos y estereotipados.

c) Trastorno de la expresión escrita

Existe una alteración de las habilidades para escribir. Si también hay déficit de la expresión oral, puede ser adecuado establecer un diagnóstico adicional de trastorno del lenguaje expresivo.

d) Mutismo selectivo

El mutismo selectivo implica una producción expresiva limitada que puede semejar un trastorno del lenguaje expresivo o un trastorno mixto del lenguaje receptivo-expresivo, en algunos casos se precisa una historia clínica y una observación minuciosas con el fin de determinar la presencia de un lenguaje normal.

e) Afasia adquirida

La afasia adquirida asociada a una enfermedad médica acostumbra a ser transitoria durante la infancia. El diagnóstico de trastorno del lenguaje expresivo sólo es apropiado si la alteración del lenguaje persiste más allá del período agudo de recuperación propio del trastorno etiológico médico (ej., traumatismo craneal, infección vírica).

3.7. ETIOLOGÍA (MODELOS TEÓRICOS)

(Ver apartado de trastorno del lenguaje mixto expresivo-receptivo).

3.8. EVALUACIÓN

Métodos similares a los del trastorno mixto expresivo-receptivo (ver apartado 2.8. de este mismo tema).

3.9. TRATAMIENTO

Métodos similares a los del trastorno mixto expresivo-receptivo (ver apartado 2.9. de este mismo tema).

4. TRASTORNO FONOLÓGICO

4.1. INTRODUCCIÓN HISTÓRICA

Este trastorno ha recibido diversos nombres a lo largo de las diversas clasificaciones, en el DSM-IV se llama **tras-**

torno fonológico, en la CIE-10 **trastorno específico de la pronunciación**. Como se podrá apreciar en la descripción del cuadro, el trastorno supera la mera articulación y pronunciación, estando en algunos casos la alteración en un nivel cognoscitivo superior del manejo de fonemas, aunque la manifestación para todos los casos sea el lenguaje.

Tradicionalmente este trastorno se ha denominado como **dislalia** que significa "hablar mal o con dificultad".

4.2. DEFINICIÓN Y DESCRIPCIÓN

El trastorno consiste en que **la pronunciación de los fonemas** en el niño **se mantiene de forma persistente en un nivel inferior al esperado** evolutivamente para su edad e inteligencia. Mientras que el niño se mantiene en un nivel normal en otros aspectos del lenguaje. Dichas deficiencias provocan una alteración significativa en el rendimiento ya sea a nivel escolar, social o laboral. En el caso de existir un retraso mental o una alteración orgánica, los déficit deben superar los esperados en dicha alteración para que sea diagnosticado el trastorno fonológico (PIR 00, 156; PIR 01, 46; PIR 02, 102).

Pueden existir errores en la producción (articulación), utilización, selección, ordenamiento, representación u organización de los sonidos como en el caso de las distorsiones de sonidos, sustituciones de un sonido por otro, inclusiones u omisiones de sonidos.

Las **sustituciones** suceden cuando se pone la posición de los órganos fonadores en la forma que corresponde a otro fonema (ej. "calne" en lugar de "carne").

La **distorsión** o **deformación** ocurre cuando se coloca una posición intermedia entre dos fonemas, lo que da lugar a un sonido indefinido debido a que se produce un sonido poco claro (ej. el ceceo ante la s).

La **omisión** corresponde a cuando algunos sonidos requeridos no son pronunciados como suele ocurrir en las consonantes iniciales (ej. "libo" por "libro").

Inserciones o **adiciones** que consiste en pronunciar algún sonido de más (ej. "boroma" por "broma").

Y las **inversiones** que consiste en cambiar el orden de determinados fonemas (ej. "cocholate" por "chocolate").

Existen algunos fonemas que presentan un número mayor de problemas, y que al mismo tiempo coinciden en ser los últimos en adquirirse en la cadena evolutiva (estos fone-

mas son: l, r, s, z, ch). Se han establecido diversos nombres para nombrar las alteraciones de un determinado fonema, de esta forma cuando el problema surge con el fonema **L** se denomina lambdacismo, con la **R** rotacismo, con la **S** sigmatismo, con la **G** gammacismo, con la **D** del-tacismo, etc. Un tipo particular y muy frecuente es el ceceo.

Para efectuar el diagnóstico hay que tomar como referencia los niveles normales de desarrollo, hay pues que ver qué se considera normal para qué edad.

4.3. CLASIFICACIÓN

El trastorno fonológico puede clasificarse en función de su etiología en:

a) Trastorno fonológico orgánico

Cuando es producto de malformaciones orgánicas, de déficits sensoriales o motores, o alteraciones neurológicas. Es decir, cuando hay una etiología orgánica implicada directamente en la alteración.

Entre los trastornos orgánicos se encuentran:

Disglosias: Alteración o defecto de la articulación de los fonemas producido por anomalías congénitas o adquiridas, en los órganos del habla. Se distinguen en función del órgano afectado en dentales, labiales, linguales, mandibulares y palatinas. Algunos autores las denominan como dislalias orgánicas. Estos autores consideran que habría dislalias orgánicas y funcionales.

Disartrias: Alteración o defecto en la articulación debido a lesiones en el control motor muscular. Producida por una lesión en el sistema nervioso central, o periférico o de ambos.

b) Trastorno fonológico funcional

Cuando no se conoce una etiología responsable de la alteración en el manejo de los fonemas.

Dislalia: Alteración o defecto en la articulación producido por un modo incorrecto de articulación, sin lesión orgánica.



4.4. EPIDEMIOLOGÍA

Suele diagnosticarse en los años preescolares, que es la edad en que el niño empieza a consolidar el lenguaje, y por lo tanto el momento clave para comenzar a detectar el trastorno, la prevalencia estimada se sitúa en torno al 2-3%.

4.5. CURSO

Los casos más graves pueden detectarse muy tempranamente, incluso a los 3 años. Pero lo más habitual es que el trastorno comience a detectarse cuando el niño sale de su ambiente familiar para ir al preescolar o a la escuela, donde se le exige que se exprese verbalmente y pueden detectarse sus dificultades de lenguaje.

El curso del trastorno puede ser muy variable dependiendo de la gravedad y de las causas asociadas. En los casos leves y de causa desconocida, el trastorno tiende a la remisión espontánea.

4.6. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Hay que descartar que las dificultades que aparecen en la pronunciación de los fonemas se deban a retraso mental, deficiencias sensoriales, déficit motor del habla o privación ambiental.

4.7. ETIOLOGÍA (MODELOS TEÓRICOS)

Frecuentemente se ha asociado este trastorno con retrasos madurativos generales, pudiendo aparecer junto a otros trastornos que pueden considerarse como señal de dicho retraso.

En relación con los planteamientos orgánicos de los trastornos fonológicos se han planteado desde problemas neuromotores (disartrias) a diferentes alteraciones en el aparato fonador como disglosias, o alteraciones auditivas (dislalias audiógenas). Cuando nos encontramos sin alteraciones orgánicas se plantean diversas hipótesis como las pautas de aprendizaje, entre estas hipótesis sobre las dislalias funcionales destacan:

- Los déficits en el aprendizaje de los movimientos imprescindibles para la fonación, en esto intervendría la torpeza motora de la lengua, problemas en el patrón de respiración, falta de movilidad en el velo del paladar, aumento en la tensión muscular.
- Déficits atencionales que impiden que el niño capte los sonidos del habla.
- Déficit a nivel sensorial, es decir dificultades para la discriminación de los sonidos.
- Imitación de sonidos mal articulados por otros, es decir aprendizaje de modelos inadecuados.
- Una carencia de la adecuada estimulación para el desarrollo del habla.
- Déficits afectivos, como escaso afecto, desapego familiar.

Se han planteado otras muchas hipótesis pero que han recibido menos atención y por lo tanto actualmente son menos preponderantes.

4.8. EVALUACIÓN

La evaluación se puede realizar mediante el lenguaje espontáneo del niño o inducido mediante ciertas tareas no estandarizadas o mediante las pruebas estandarizadas de fonología comentadas anteriormente en el tema en el apartado de la evaluación del trastorno mixto.

4.9. TRATAMIENTO

Habría que prestar especial atención a la existencia de los prerequisites para la adquisición y realización de un habla adecuada, como son la capacidad de atención e imitación, la ausencia de conductas disruptivas, la presencia de modelos apropiados y la presencia de contingencias adecuadas que moldeen y mantengan respuestas vocales adecuadas.

Se han planteado diversos acercamientos al tratamiento del trastorno fonológico, desde entrenamientos específicos de los fonemas más problemáticos.

Tradicionalmente se trataba a base de un profuso entrenamiento de oír el sonido correcto con el fin de obtener una adecuada discriminación fonética y repetir el fonema correcto. La terapia logopédica consistía en un procedimiento parecido, en la repetición de diferentes tareas que incluían los fonemas conflictivos con el fin de que la repetición se convertiría en hábito, incidiendo primeramente sobre los prerrequisitos del habla como son el patrón de respiración, la percepción y discriminación auditiva, la coordinación y agilidad en los movimientos del aparato fonador, para posteriormente enseñar de forma consciente los diferentes movimientos articulatorios para pronunciar los diferentes fonemas.

Posteriormente se ha recurrido al uso de diferentes técnicas conductuales entre las que encontramos:

– El **moldeamiento** en que se van reforzando las respuestas que se vayan aproximando cada vez más a la respuesta correcta. Conjuntamente se realizan ejercicios que faciliten la discriminación y la selección de los sonidos, el entrenamiento del fonema intercalándolo con otros fonemas, y la realización de ensayos múltiples en diversas circunstancias facilitando la generalización a nuevas situaciones y ante diferentes personas.

– El **encadenamiento** consiste en unir el fonema problemático con otros fonemas y posteriormente incluirlo en palabras y las palabras dentro de frases. Empezando por los elementos más simples, el entrenamiento progresivamente se va complicando.

– La **generalización** consiste en los procedimientos destinados a la correcta pronunciación cada vez en más áreas.

5. TARTAMUDEO

5.1. INTRODUCCIÓN HISTÓRICA

La literatura sobre el tartamudeo lleva más de 20 siglos de tradición, y en cada época se ha apuntado hacia diversas fuentes como las responsables de este trastorno. La CIE-10 lo cataloga bajo el nombre de **espasmofemia**. Y algunos autores plantean el nombre de **disfemia**.

5.2. DEFINICIÓN Y DESCRIPCIÓN

El trastorno consiste en una marcada **alteración de la fluidez** normal y la estructuración temporal del habla. Es

una alteración en la actualización del habla y no en la competencia del habla (PIR 01, 47, 80; PIR 02, 100, 151; PIR 04, 183).

El tartamudeo de menor intensidad es frecuente en la primera infancia de forma transitoria o como un rasgo continuo en el habla incluso en la vida adulta. Por lo que para ser diagnosticado debe ser suficientemente importante como para producir una alteración significativa en el rendimiento escolar, laboral o social. En el caso de existir un déficit sensorial o motor del habla, las deficiencias producidas en el habla son mayores de las que podrían esperarse de tales alteraciones.

El cuadro se caracteriza por una gran **variabilidad** tanto situacional como personal.

La alteración puede variar mucho en función de las situaciones, produciéndose una mayor interferencia del problema cuando se produce una presión especial para comunicarse. Mientras que en otras circunstancias, incluso en los casos más graves, el tartamudeo suele desaparecer. Como en el caso de leer en voz alta, cantar o conversar con objetos inanimados o animales domésticos.

Las manifestaciones pueden variar de unos casos a otros, mientras que algunas personas tienen el problema restringido a ciertos momentos concretos, otros presentan una gran interferencia y presentan muchos tipos de manifestaciones.

En algunos casos el niño al ser consciente de sus dificultades puede sufrir de miedo anticipatorio e intentar evitar el tartamudeo alterando el ritmo del lenguaje, prescindiendo de ciertas palabras o sonidos, sorteando ciertas situaciones en las que se ve obligado a hablar, o con movimientos motores como tics, parpadeos, etc. (que se denominan **balbismos**).

5.3. CLASIFICACIÓN

Una de las clasificaciones más habituales de la tartamudez se basa en el tipo de manifestaciones que aparecen:

a) **Disfemia tónica**

Se caracteriza por la presencia de bloqueos.

Generalmente suelen producirse al inicio del discurso, pasado el momento inicial la persona suele expresarse normalmente.

Se produce por contracciones musculares que aumentan el tono muscular (de ahí el nombre de tónica) produciendo rigidez y sacudidas intermitentes de alguno de los órganos de fonación.

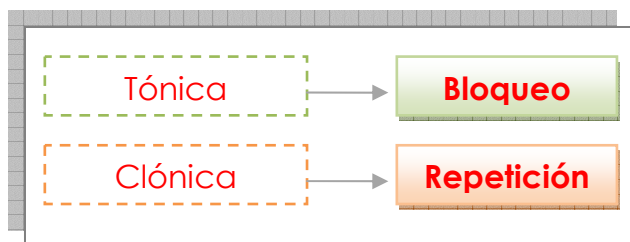
b) Disfemia clónica

Se caracteriza por la presencia de repeticiones de determinados fonemas, sílabas o grupo de sílabas (PIR 08, 53).

Pueden asociarse con tensión muscular o no. Aparecen espasmos musculares repetidos. A diferencia del tipo anterior la fluidez aparece de forma repentina y dura poco tiempo.

c) Disfemia mixta (tónicoclónica)

Cuando aparecen juntas la disfemia tónica y la clónica.



Hay otra clasificación que cataloga la tartamudez en función de la complicación del cuadro. Entendiendo que los casos pueden evolucionar a lo largo del tiempo, alcanzando algunos un estadio más grave:

a) Tipo 1

Se trata de niños que no son conscientes de que tartamudean y por lo tanto no hacen intentos para solucionarlo. Se da a una edad más temprana y la respuesta de tartamudez se presenta principalmente en forma de pequeños bloqueos y sobre todo repeticiones y muletillas. Este tipo de tartamudeo se mantiene principalmente por refuerzo positivo.

Este tipo de tartamudeo se ha relacionado con un déficit en la habilidad que supone mantener un ritmo adecuado en las emisiones vocales. Un problema eminentemente de lenguaje.

b) Tipo 2

A este tipo algunos autores lo han denominado tartamudez crónica o persistente. Sería una evolución del tipo anterior. El niño se da cuenta de sus dificultades en el habla y se siente ansioso ante la posibilidad de equivocarse, temiendo ser reprendido, lo que le lleva a evitar las situaciones en que tiene que hablar en público, o que tiene que hablar

simplemente, o evita ciertas palabras en que es más probable que se trabe.

La disminución en la práctica del habla interfiere con el desarrollo de la habilidad que supone hablar, así como la ansiedad aumenta la posibilidad de que se produzcan errores. Y por lo tanto supone la aparición de un discurso más complejo y con más alteraciones.

Al ser una evolución del tipo anterior suele observarse en niños más mayores, entre los 8 y 12 años. Pero son casos de tartamudeo que habían comenzado varios años antes.

TIPO 1	TIPO 2
No conscientes del problema	Conscientes del problema
No intentan solucionarlo	Intentan evitar situaciones
Se observa a edad temprana (2-7 a.)	Se observa en niños mayores (8-12 a.)
Pocas manifestaciones en el habla (pequeños bloqueos, habla y ansiedad ante los repeticiones)	Múltiples alteraciones en el habla (pequeños bloqueos, habla y ansiedad ante los errores)
Mantenido por R+	Mantenido por R-

5.4. EPIDEMIOLOGÍA

Este trastorno aparentemente presenta una incidencia pequeña en la población, dentro del trastorno no se incluyen todas las alteraciones de la fluidez, ya que muchas están presentes un corto período de tiempo en el niño para posteriormente desaparecer. Los estudios sitúan la prevalencia entre el 3-4% de la población escolar.

El nivel de la población con problemas de tartamudeo va reduciéndose conforme va aumentando la edad hasta la adolescencia en la que se estima que ocurre al 0,8% de la población. Este trastorno acontece con una razón de 3 a 1 más a varones que a mujeres.

5.5. CURSO

El inicio del tartamudeo tradicionalmente se sitúa entre los 2 y los 7 años, siendo la edad en que se producen más inicios la de 5 años de edad. Comenzando la mayoría de los casos antes de los 10 años.

Al comenzar a hablar e incluso antes de los 6 años son frecuentes las alteraciones en el habla, sin llegar a ser considerados como problema ya que tienden a remitir de forma espontánea. Y las manifestaciones no son estables sino que en ocasiones el niño presenta un habla con alteraciones mientras que en otros momentos presenta un habla fluida.

Cuando las alteraciones persisten durante más de un año aumenta considerablemente la probabilidad de que se mantenga de forma estable.

El comienzo suele ser insidioso, y de forma gradual van apareciendo las dificultades, generalmente aparecen inicialmente las repeticiones de las consonantes al comienzo de palabra.

Al principio el niño no suele ser consciente de su problema, para posteriormente tomar conciencia de sus dificultades. El curso es fluctuante. La recuperación espontánea suele ser frecuente antes de los 16 años.

E. Froeschels en 1946 establece cuatro etapas en la adquisición de la tartamudez:

- En la primera etapa se producen repeticiones al principio de las palabras, que son las vacilaciones normales cuando se empieza a hablar.
- En la segunda etapa en la que los espasmos se van enlenteciendo y es frecuente la aparición de sincinesias.
- En la tercera etapa aparecen bloqueos y es frecuente la presencia de balbismos, el sujeto empieza a tomar conciencia de sus dificultades con el habla.
- En la cuarta etapa se establece el cuadro con todas sus manifestaciones.

5.6. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Debe establecerse el diagnóstico diferencial con las deficiencias auditivas u otros déficit sensoriales o con déficit motores del habla. Y por supuesto han de distinguirse de las repeticiones y las alteraciones del lenguaje que aparecen de forma natural en los niños pequeños.

5.7. ETIOLOGÍA (MODELOS TEÓRICOS)

La etiología del tartamudeo es todavía desconocida. Y actualmente se considera la influencia de múltiples factores (biológicos, psicosociales y lingüísticos).

A. Factores Biológicos

A1. Se han planteado factores **fisiológicos** diversos:

- Alteraciones en el procesamiento lingüístico cerebral. Se ha planteado una inadecuada dominancia cerebral para el análisis del lenguaje (al asociarse la tartamudez con el funcionamiento zurdo o ambidiestro), es decir una dominancia del hemisferio derecho para el lenguaje y otras

alteraciones en el funcionamiento cerebral para el lenguaje pero que no han llegado a concretarse (PIR 06, 110).

- Déficits en la planificación y coordinación del habla (escasa coordinación de los labios, lengua y cuerdas vocales ocasionando una asincronía en los movimientos rápidos que se requieren para hablar).

Durante muchos años se han encontrado diferencias entre las personas con tartamudeo y grupos de personas denominadas “normales” pero no se conoce la significación de tales diferencias. Y no se ha podido establecer una característica diferencial que unifiquen a todos los casos de tartamudez frente al resto de personas.

A2. Factores genéticos

- Relacionado con la alta incidencia familiar del trastorno y la mayor proporción encontrada en varones.

Factores psicosociales (factores de aprendizaje, el retraso en el lenguaje ya que se ha encontrado una alta relación entre dificultades en el procesamiento del lenguaje y la tartamudez).

B. Factores Psicológicos

Desde el modelo conductual no existe un modelo unificado para explicar la tartamudez, sino que se han planteado múltiples modelos.

- Se produce un condicionamiento de ansiedad al habla. Ante las disfluencias normales en el comienzo del habla se producen recriminaciones de las personas que están junto a él. Dicha respuesta de ansiedad facilita la aparición de nuevas alteraciones en el habla o disfluencias al aumentar la tensión en el sistema fonador.

- El niño aprende un patrón de habla erróneo caracterizado por la lentitud. Cuando el niño se ve forzado o intenta hablar con una mayor velocidad aparecerían los errores en el habla.

- **Santacreu** ha planteado un modelo integrador donde conjuga diferentes elementos como dificultades en las primeras etapas de aprendizaje del habla que se manifiesta por problemas de fluidez, agravado a su vez por inadecuados modelos familiares que pueden hablar muy rápido o ser también tartamudos, unido a una sobreatención del niño sobre su propio habla que refuerza la falta de fluidez o un ambiente autoritario que facilita situaciones de tensión ante la existencia de problemas del habla, lo que conduciría a situaciones de ansiedad a la hora de hablar que se

manifiesta por tensión muscular (afectando directamente en el habla por el aparato fonador), problemas de respiración (que también dificultan el habla) y mecanismos conductuales como intentar hablar más deprisa que supone un tipo de respuesta de evitación.

- También se han tenido en cuenta distintas variables cognitivas como las creencias o las expectativas de tartamudez, considerando su papel como pensamientos anticipatorios que provocan emociones negativas que a su vez favorecen la aparición de conductas de tartamudeo.

C. Factores Lingüísticos

- La tartamudez se ha asociado con ciertas palabras.

MAYOR PROBABILIDAD DE TARTAMUDEO	MENOR PROBABILIDAD DE TARTAMUDEO
Con contenido	Función
Largas	Cortas
Comienzan por consonante	Comienzan por vocal
Al principio de la frase	Al final de la frase

5.8. EVALUACIÓN

Se ha de considerar tanto la expresión verbal como las repercusiones que el trastorno tiene. Y tanto las conductas del propio niño como las de las personas que están a su alrededor.

Fundamentalmente se analizan los patrones de comunicación del niño, principalmente en los aspectos verbales aunque también en la comunicación verbal.

Es importante determinar si existen otros problemas a nivel cognitivo (déficit intelectuales), lingüísticos (otras alteraciones del lenguaje).

Así como conocer las repercusiones que puede tener tanto a nivel de rendimiento académico, en las relaciones sociales (retraimiento o agresividad) y a nivel emocional (presencia de ansiedad y respuestas de evitación).

5.9. TRATAMIENTO

Debido a la gran cantidad de posibles explicaciones planteadas acerca de la tartamudez también se han desarrollado gran cantidad de procedimientos de intervención.

Actualmente existe un acuerdo en tratar de comenzar la intervención en cuanto se detecta el problema e idealmente antes de los 6 años. Las intervenciones tempranas con-

siguen mejores resultados, que cuando la intervención se produce tras años de tartamudeo.

El objetivo es instaurar unas pautas del habla “normales”:

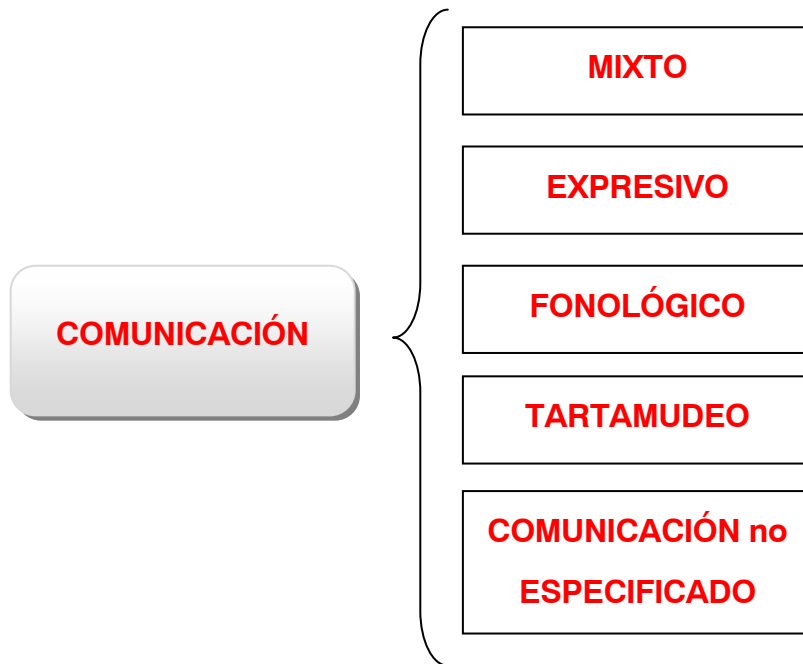
- Hablar con calma y sin precipitación.
- Autoobservar cuando el habla es fluida para aprender como se ha de producir.
- No rehuir sistemáticamente el tartamudeo, ni las situaciones. Hablar siempre que sea necesario. Afrontar el riesgo de tartamudear para disminuir la sensibilización al problema.
- Eliminar los movimientos parásitos y establecer una gesticulación adecuada.
- Hablar con entonación y con el esfuerzo adecuado, hablar la cantidad adecuada (no reducir la expresión verbal).

La reducción de la ansiedad es un objetivo que típicamente se trata ya sea mediante técnicas de relajación muscular, como mediante técnicas de entrenamiento asertivo o de habilidades sociales. Otras técnicas empleadas son:

- La **desensibilización sistemática** empleada para reducir la ansiedad a través de la relajación y la exposición a las situaciones aversivas en forma graduada y jerarquizada.
- **Reforzamiento positivo** de respuestas fluidas, tratando de potenciar las respuestas fluidas ignorando las no fluidas.
- El procedimiento inicialmente diseñado por Azrin y Nunn de la **inversión del hábito** (Habit reversal) en el que se usa un patrón de habla y respiración alternativa, que se basa en el contracondicionamiento, que se practica en la producción paulatina y masiva de respuestas fluidas hasta llegar a los criterios habituales. Los objetivos de la inversión del hábito consisten en fomentar una conducta alternativa que es reforzada y que viene a sustituir al tartamudeo. En este caso suele instaurarse como respuesta alternativa la respiración regulada.
- Teniendo en consideración el papel de los factores cognitivos se ha propiciado el empleo de técnicas como el entrenamiento en autocontrol, la autoobservación, y la autoevaluación.

Como puede apreciarse se han empleado múltiples técnicas para el tratamiento del tartamudeo, pero de entre todas una que ha conseguido una gran difusión es la inversión del hábito, por los resultados obtenidos y por su probabilidad de generalizarse a diferentes contextos.

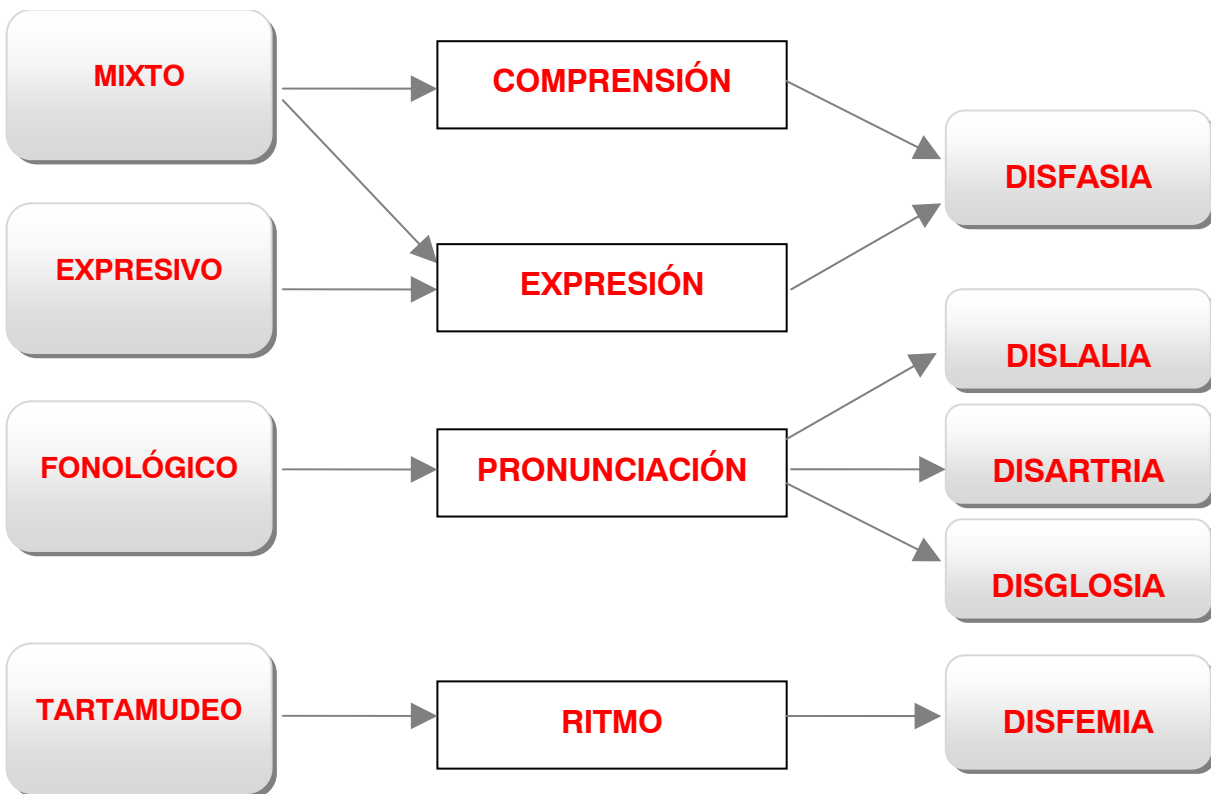
ESQUEMA DE CONTENIDOS



TRASTORNOS

FUNCIÓN ALTERADA

OTROS NOMBRES



No incluimos de la página 89 a la página 114.

PREGUNTAS PIR

TEMA 1

Apartado del tema	(Año) N° pregunta
1. DISFASIA DEL DESARROLLO	
<i>Evolutiva</i>	(96) 186 (97) 214 (98) 169 (04) 170
<i>Mixta</i>	(98) 55
<i>Infantil Adquirida</i>	(95) 76 (96) 185
<i>Evaluación</i>	(00) 101
2. DISLALIA	
<i>Definición</i>	(94) 251 (97) 79 (00) 156 (01) 46 (02) 102
3. TARTAMUDEO	
<i>Definición</i>	(93) 160 (98) 165 (01) 47, 80 (02) 100, 151 (04) 183
<i>Clasificación</i>	(93) 161 (97) 80 (08) 53
<i>Etiología</i>	(06) 110

TEMA 2

Apartado del tema	(Año) N° pregunta
1. TRASTORNOS DEL APRENDIZAJE	
<i>Definición</i>	(97) 71 (98) 59 (04) 200
<i>Etiología</i>	(94) 77 (95) 7 (04) 201

TEMA 2 (Continuación)

Apartado del tema	(Año) N° pregunta
2. TRASTORNO DE LA LECTURA	
<i>Definición</i>	(95) 74 (97) 212 (00) 157 (01) 42 (02) 89 (04) 174 (05) 69
<i>Clasificación</i>	(93) 78, 133 (95) 75 (99) 74 (06) 108 (08) 61
3. TRASTORNO DE LA ESCRITURA	
<i>Definición</i>	(01) 44 (02) 90
4. TRASTORNO DEL CÁLCULO	
<i>Definición</i>	(01) 43 (97) 213
<i>Síndrome Gerstmann</i>	(94) 172

TEMA 3

Apartado del tema	(Año) N° pregunta
1. TRASTORNO DEL DESARROLLO PSICOMOTOR	
<i>Definición</i>	(01) 45

No incluimos de la página 117 a la página 284.

BIBLIOGRAFÍA COMENTADA

ASOCIACIÓN AMERICANA DE PSIQUIATRÍA (1995): **DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales**. Masson. Barcelona.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (1992): **CIE-10. Trastornos mentales y del Comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico**. Meditor. Madrid.

Las dos principales clasificaciones internacionales como son el DSM y la CIE siguen siendo los libros de referencia fundamentales. Y en ese orden de importancia. Durante unos años aparecieron bastantes preguntas sobre los trastornos infantiles en la CIE pero en las últimas convocatorias han ido disminuyendo y apenas han preguntado por especificaciones de la CIE.

CABALLO, V. (2005): **Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos. Estrategias de evaluación, problemas infantiles y trastornos de ansiedad**. Pirámide. Madrid.

Manual centrado en la evaluación. En el caso de querer ampliar los conocimientos sobre la evaluación específica de algunos trastornos puede servir como referencia.

CABALLO, V.; SIMÓN, M.A. (2001): **Manual de Psicología Clínica Infantil y del adolescente. Trastornos generales**. Pirámide. Madrid.

CABALLO, V.; SIMÓN, M.A. (2002): **Manual de Psicología Clínica Infantil y del adolescente. Trastornos específicos**. Pirámide. Madrid.

El manual de Caballo y Simón dividido en dos volúmenes sigue siendo el manual de psicopatología más citado en las bibliografías sobre las diversas asignaturas relacionadas con la psicopatología infantil. En ellos se incluyen múltiples tipos de trastornos incluyendo los diferentes apartados desde la definición de los trastornos hasta su intervención.

COMECHÉ, M.I.; VALLEJO, M.A. (2005): **Manual de terapia de conducta en la infancia**. Pirámide. Madrid.

VALLEJO, M.A. (1998): **Manual de terapia de conducta. 2 Volúmenes**. Dykinson. Madrid.

Tanto el libro de Comeche y Vallejo dedicado específicamente a la intervención infantil como su precedente dedicado a la terapia de conducta general (de manera especial

en el segundo volumen aparece un apartado dedicado a los problemas evolutivos y deficiencias donde se tratan problemas pensando de manera concreta en niños) donde se tratan problemas que afectan a la población general (donde se incluyen los niños y adolescentes).

Estos textos entran en detalles muchos más concretos de la intervención que otros libros.

DE AJURRIAGUERRA, J. y MARCELLI, D. (1982): **Manual de psicopatología del niño**. Massón. Barcelona.

El manual de Ajurriaguerra, en su versión breve, trata temas que no tratan el resto de manuales como la psicopatología del juego, la epilepsia en el niño, los trastornos psicósomáticos,... Además de aportarte una visión diferente mezclando un punto de vista biologicista con planteamientos psicodinámicos

MÉNDEZ, F.X.; ESPADA, J.P. (2006): **Terapia psicológica con niños y adolescentes. Estudio de casos clínicos**. Pirámide. Madrid.

MÉNDEZ, F.X.; ESPADA, J.P. y ORGILÉS, M. (2006): **Intervención psicológica y educativa con niños y adolescentes. Estudio de casos escolares**. Pirámide. Madrid.

Conjunto programado en tres libros de casos (Clínicos, Escolares y Sociales). No conozco en el momento de la elaboración de este texto si ha aparecido el libro de casos sociales. El libro de casos clínicos ha sido la base para muchas preguntas en las últimas convocatorias. Y el libro de casos educativos tiene capítulos de gran interés y dadas las relaciones entre el área educativa y la clínica (que es difícil precisar dónde acaba la una y empieza la otra) son trascendentes. Así en el manual de educativa encontramos la intervención sobre casos sobre fobias, problemas de conducta y agresividad, TDAH, Asperger, ...

Estos libros nos plantean más la intervención sobre los casos (evaluación y tratamiento) que los aspectos teóricos o clínicos básicos (definición, ...).

PÉREZ, M.; FERNÁNDEZ, J.R.; FERNÁNDEZ, C. y AMIGO, I. (2006): **Guía de tratamientos psicológicos eficaces III. Infancia y adolescencia**. Pirámide. Madrid.

Otro conjunto programado en tres libros. En este caso el tercero de ellos está dedicado a los tratamientos psicológicos en la infancia y adolescencia. Hasta ahora no ha sido un libro especialmente referenciado en los exámenes. Pero puede serlo en un futuro cercano. Libro de difícil lectura

porque se centra más en la investigación y estudios utilizados para probar la eficacia de los tratamientos que en describirlos.

SERVERÁ, M. (2002): **Intervención en los trastornos del comportamiento infantil. Una perspectiva conductual de sistemas.** Pirámide. Madrid.

Manual similar en ciertos aspectos al de Caballo y Simón. Pero tratando los trastornos desde una perspectiva diferente como la aportada por los profesores de la Universidad de las Islas Baleares que son los que predominan a lo largo de los capítulos. En este caso encabezados por Mateu Servera.

WICKS-NELSON, R. e ISRAEL, A. (1997): **Psicopatología del niño y del adolescente. Tercera Edición.** Prentice-Hall. Madrid.

Manual ampliamente referenciado en el examen. A diferencia de la mayoría de los libros comentados en esta sección es un libro escrito por autores americanos. Lo que le aporta una perspectiva diferente a los manuales de autores españoles.

WEBGRAFÍA COMENTADA

<http://www.behavenet.com/capsules/disorders/dsm4tr.htm>

Página donde aparecen los criterios DSM (en inglés) que es la información básica para psicología clínica infantil. Y mucha información más sobre psicopatología y tratamientos.

http://www.capitalemocional.com/Clasificaci%F3n_de_trastornos_mentales_CIE_10.pdf

En esta página se encuentra como un documento de pdf los criterios de la CIE que sirve para revisar.

<http://www.aamr.org/>

Páginas de la AAIDD (antigua AAMR). Asociación que lidera en las aportaciones sobre el retraso mental o como actualmente se denomina "discapacidad intelectual".

<http://www.psicothema.com/tabla.asp?Make=2001&Team=1003>

Página de la revista psicothema donde se recogen artículos sobre la efectividad de los tratamientos. Estos artículos son los antecedentes del libro de Marino Pérez sobre la

eficacia de los tratamientos. De hecho prácticamente son los mismos capítulos.

<http://www.grupoalbor-cohs.com/>

Página del grupo albor-cohs. Consulta privada con muchos años de experiencia en el trabajo con niños. Compagina dicha labor con la labor editorial donde ha publicado muchas pruebas de evaluación principalmente para los niños y adolescentes. Son especialistas en el TDAH, donde son grupo de referencia. En sus páginas se pueden encontrar múltiples artículos sobre educación y clínica infantil.

<http://www.revneurol.com/>

Página de la revista de neurología. Con inscripción gratuita se puede acceder a todos sus artículos. Entre ellos se pueden encontrar multitud de textos desde una perspectiva eminentemente neuropsicológica referentes a temas como retraso mental (y los diferentes síndromes orgánicos asociados con el RM), trastornos generalizados, trastornos de habilidades, TDAH o trastornos de conducta entre otros.

<http://www.teaediciones.com/>

Página de TEA editores. En nuestro país la principal editora de pruebas psicológicas. En su catálogo se puede leer las características principales de las diferentes pruebas que editan. Entre ellas se encuentran las más populares de las empleadas en Infantil, tanto en la valoración cognitiva, emocional, social, adaptación, etc.

03.02.01 TRASTORNOS DE LA COMUNICACIÓN (CO)

DISFASIA	8
EVOLUTIVA	4
MIXTA	1
INFANTIL ADQUIRIDA	2
EVALUACIÓN	1
DISLALIA	5
DISFEMIA	11
DEFINICIÓN	7
CLASIFICACIÓN	3
ETIOLOGÍA	1
TOTAL	24

DISFASIA EVOLUTIVA

95. 186/--PS/1996. ¿Cómo se denomina el trastorno que presentan los niños de inteligencia normal caracterizado por una severa y específica discapacidad para el lenguaje sin que pueda explicarse por factores ambientales, sensoriales, motores o emocionales?:

- 1) Disfasia adquirida.
- 2) Retraso simple del habla.
- 3) Disfasia auditiva.
- 4) Disfasia evolutiva.
- 5) Retraso severo del habla.

96. 214/--PS/1997. ¿Cómo se llama el trastorno específico del lenguaje que afecta a la comprensión y expresión y que se da en un niño de inteligencia normal y que no presenta ningún trastorno de otro tipo?:

- 1) Dislexia evolutiva.
- 2) Afasia global.
- 3) Afasia infantil adquirida.
- 4) Retraso simple del habla.
- 5) Disfasia evolutiva.

97. 169/--PS/1998. La disfasia o afasia del desarrollo es un trastorno:

- 1) De la expresión del lenguaje.
- 2) De la comprensión del lenguaje debido a retraso mental.
- 3) De la articulación del lenguaje.
- 4) Específico del desarrollo del aprendizaje escolar.
- 5) Específico de la lectura.

98. 170/--PS/2004. El trastorno en la infancia que se caracteriza por un vocabulario sumamente limitado, cometer errores en los tiempos verbales o experimentar dificultades en la memorización de palabras o en la producción de frases se denomina:

- 1) Trastorno de Asperger.
- 2) Mutismo selectivo.
- 3) Trastorno del lenguaje receptivo.
- 4) Trastorno de la lecto-escritura.
- 5) Trastorno del lenguaje expresivo.

DISFASIA MIXTA

99. 055/--PS/1998. Según el DSM-IV, el diagnóstico de "trastorno mixto del lenguaje receptivo-expresivo" cumple el siguiente criterio:

- 1) Responde a una incapacidad para utilizar los sonidos del habla esperables evolutivamente.
- 2) Incluye alteraciones en la coordinación fonorespiratoria.
- 3) Conlleva dificultades comunicativas que pueden implicar tanto el lenguaje verbal como el lenguaje gestual.
- 4) Presenta las características de un trastorno generalizado del desarrollo.
- 5) Manifiesta una afectación similar del desarrollo lingüístico y la capacidad intelectual no verbal.

DISFASIA INFANTIL ADQUIRIDA

100. 076/--PS/1995. ¿Qué es lo más característico de una disfasia infantil adquirida?:

- 1) Que los niños se vuelven muy habladores y sin autocontrol expresivo.
- 2) Que no muestra diferencias apreciables con las disfasias adquiridas de adultos.
- 3) La reducción de la expresión verbal espontánea o hipoproduktividad.
- 4) La mayor proporción encontrada en niños en comparación con las niñas.
- 5) Que su número es mayor que el de las disfasias infantiles evolutivas.

101. 185/--PS/1996. ¿Cuál sería la edad mínima para poder diagnosticar la disfasia infantil adquirida?:

- 1) 2 años.
- 2) 3 años.
- 3) 4 años.
- 4) 5 años.
- 5) 6 años.

EVALUACIÓN DISFASIA

102. 101/--PS/2000. El test de Habilidades Psicolingüísticas de Illinois (ITPA):

- 1) Está basado en el modelo de comunicación de Reynell.
- 2) Es un procedimiento no estandarizado para el análisis de la comprensión verbal.
- 3) Tiene dos escalas independientes: comprensión verbal y expresión verbal.
- 4) Consta de diez subtests básicos y dos suplementarios distribuidos en tres dimensiones: nivel, proceso y canal.
- 5) Evalúa de forma evolutiva la conducta verbal de niños entre 4 y 6 años.

PRONUNCIACIÓN

103. 156/--PS/2000. Según la CIE 10 el trastorno de la pronunciación consiste en:

- 1) Un trastorno generalizado del desarrollo en el que el síntoma principal es la dificultad de pronunciación de algunos fonemas.
- 2) Un trastorno de la articulación del lenguaje asociado a un retraso mental.
- 3) Un trastorno específico del desarrollo en el que la pronunciación de los fonemas está a un nivel significativamente inferior al adecuado para la edad mental del niño.
- 4) Un trastorno funcional de la articulación del lenguaje atribuible a una anomalía sensorial o neurológica.
- 5) Un trastorno específico del desarrollo en el que la capacidad para la expresión del lenguaje oral es significativamente inferior al adecuado para la edad mental del niño.

104. 046/--PS/2001. Según la CIE 10 el trastorno específico de la pronunciación se caracteriza por:

- 1) Omisiones, distorsiones o sustituciones de los fonemas e inconsistencias en la pronunciación, en un nivel inferior al adecuado para su edad mental.
- 2) Dificultades en la pronunciación de los fonemas y un nivel inferior al normal en el resto de las funciones del lenguaje.
- 3) Anomalías en la pronunciación de los fonemas, como omisiones y distorsiones, secundarias a un trastorno generalizado del desarrollo.

- 4) Retraso en la fluencia y formulación del lenguaje y un ritmo errático del habla acompañado de retraso mental.
- 5) Un déficit en el desarrollo fonológico atribuible a una anomalía sensorial.

105. 251/--PS/1994. De los defectos articulatorios que son las dislalias, se puede decir que:

- 1) Se las puede clasificar en taquilalias y bradilalias.
- 2) Afectan por igual a todas las consonantes.
- 3) Unas son debidas a malformaciones orgánicas y otras son funcionales.
- 4) Siempre tienen causa orgánica, por lo que no existen dislalias funcionales.
- 5) Tienen como causa más frecuente a la tartamudez.

106. 079/--PS/1997. La dificultad para articular fonemas, sílabas o palabras, se denomina:

- 1) Afasia.
- 2) Tartamudez.
- 3) Disfemia.
- 4) Disfonía.
- 5) Dislalia.

107. 102/--PS/2002. ¿Cuál es la alternativa FALSA en relación con el trastorno fonológico?:

- 1) Hay una incapacidad para utilizar los sonidos del habla esperables evolutivamente y propios de la edad.
- 2) Se producen sustituciones de un sonido por otro u omisiones de sonidos.
- 3) Se producen errores en la producción, utilización, representación u organización de sonidos.
- 4) Es un trastorno de la voz como una anomalía del volumen, calidad, tono o resonancia de vocales.
- 5) Interfiere en el rendimiento académico o la comunicación social.

TARTAMUDEO DEFINICIÓN

108. 165/--PS/1998. ¿Cuál de las siguientes expresiones define mejor la espasmofemia?:

- 1) Trastorno de tics.
- 2) Farfullero.
- 3) Tartamudeo.

- 4) Trastornos neurológicos que producen disritmias del habla.
- 5) Trastorno obsesivo compulsivo.

109. 047/--PS/2001. Según el DSM IV la característica esencial del tartamudeo es:

- 1) Frecuentes repeticiones o prolongaciones de sonidos o sílabas, secundarias a un déficit sensorial o motor del habla.
- 2) Una alteración de la fluidez del habla con fragmentaciones de palabras y repetición de palabras monosilábicas, que no interfieren con el rendimiento académico.
- 3) Repeticiones frecuentes de sonidos y sílabas y palabras fragmentadas, cuya intensidad no varía en función de las necesidades de comunicación social.
- 4) Frecuentes repeticiones de palabras monosilábicas, palabras fragmentadas y repeticiones, acompañadas de un CI límite.
- 5) Un trastorno de la fluidez normal y de la estructuración temporal del habla inapropiada para la edad del sujeto.

110. 080/--PS/2001. ¿A qué trastorno corresponde la siguiente definición: "Patrón de habla alterado, con predominio de falta de ritmo y fluidez, formas extrañas de acentuación y entonación, duración excesiva de la tensión silábica, distribución anormal de las pausas, y lentitud en la producción del habla"?:

- 1) Disfemia.
- 2) Retraso simple del habla.
- 3) Afasia expresiva.
- 4) Disfasia expresiva.
- 5) Literalidad.

111. 100/--PS/2002. ¿Cuál es la alternativa FALSA?:

- 1) En el tartamudeo se produce una alteración de la fluidez y organización temporal normal del habla.
- 2) El tartamudeo se caracteriza por repeticiones de sonidos, sílabas y palabras monosilábicas.
- 3) El tartamudeo interfiere en el rendimiento académico y en la comunicación social.
- 4) En el tartamudeo aparecen prolongaciones de sonidos, interjecciones, palabras fragmentadas, bloqueos y circunloquios.
- 5) El tartamudeo correlaciona negativamente con el cociente intelectual del niño que lo padece.

112. 151/--PS/2002. De las siguientes afirmaciones, ¿cuál es característica de la tartamudez?:

- 1) Se debe a alteraciones neurológicas.
- 2) No interfiere en la comunicación con otras personas.
- 3) Patrón de habla alterado en el que predomina la falta de ritmo y fluidez.
- 4) Se establece entre los 7 y 8 años.
- 5) Predomina más en mujeres que en varones.

113. 183/--PS/2004. Según el DSM IV, el trastorno de la fluidez normal y de la estructuración temporal del habla inapropiada para la edad del sujeto, se denomina:

- 1) Trastorno del lenguaje hablado.
- 2) Trastorno específico de la pronunciación.
- 3) Dislalia.
- 4) Tartamudeo.
- 5) Trastorno de la comunicación.

114. 160/--PS/1993. ¿Qué es lo más relevante en casos de disfemia?:

- 1) El fonema principal que bloquea la fluidez adecuada del habla del paciente.
- 2) La gran variabilidad interindividual que se da en la manifestación del trastorno.
- 3) El nivel de vocabulario que no deja al disfémico encontrar palabras que den fluidez y ritmo a su habla.
- 4) El hecho de que ya contamos con una etiología bien conocida capaz de orientar la terapia adecuada.
- 5) El número de bloqueos observados en la segunda media hora de entrevista.

TARTAMUDEO CLASIFICACIÓN

115. 161/--PS/1993. ¿Qué se puede decir de los tartamudeos persistentes?:

- 1) Que estos tartamudeos crónicos abundan más que los tartamudeos temporales.
- 2) Que desde que aparece el tartamudeo no se agrava con el tiempo.
- 3) Que su disritmia aparece con más frecuencia entre los 2 y los 8 años de edad.
- 4) Que este tipo de trastorno afecta aproximadamente al ocho por ciento de la población.
- 5) Que su disritmia aparece con más frecuencia en la adolescencia.

116. 080/--PS/1997. ¿Qué trastorno del lenguaje se caracteriza por la presencia de pequeños espasmos que provocan la repetición de fonemas o sílabas al comienzo o en el curso de la frase?:

- 1) Afasia anómica.
- 2) Disfemia clónica.
- 3) Disfasia expresiva.
- 4) Tartamudez.
- 5) Disartria.

117. 053/--PS/2008. ¿Qué caracteriza a la disfemia clónica?:

- 1) Pequeños espasmos que provocan repetición de uno o varios fonemas o sílabas al comienzo o en el curso de la frase.
- 2) Espasmos solamente durante la mitad de la frase.
- 3) Ausencia de espasmos.
- 4) La incapacidad para repetir fonemas.
- 5) Rigidez en los órganos de la fonación.

TARTAMUDEO ETIOLOGÍA

118. 110/--PS/2006. ¿Por qué se produce la tartamudez según la teoría de la dominancia cerebral de la tartamudez?:

- 1) Por un déficit en la retroalimentación del habla.
- 2) Por una lateralización en el procesamiento lingüístico a favor del hemisferio derecho.
- 3) Por un déficit de la integración multisensorial.
- 4) Por una lateralización en el procesamiento lingüístico del hemisferio izquierdo.
- 5) Por una bilateralización del procesamiento lingüístico en ambos hemisferios cerebrales.

Respuestas a las Preguntas de Examen Psicopatología Infantil																			
PC		DI		PD		CO		AP		HM		DA		TC		TI		EL	
20		38		36		24		24		1		35		19		8		17	
P	R	P	R	P	R	P	R	P	R	P	R	P	R	P	R	P	R	P	R
1	4	21	2	59	5	95	4	119	3	143	4	144	2	179	4	198	4	206	2
2	3	22	2	60	3	96	5	120	1			145	5	180	3	199	3	207	2
3	5	23	1	61	1	97	1	121	3			146	4	181	5	200	1	208	1
4	3	24	5	62	1	98	5	122	1			147	5	182	4	201	5	209	1
5	2	25	5	63	3	99	3	123	1			148	3	183	5	202	4	210	4
6	5	26	3	64	3	100	3	124	1			149	3	184	2	203	2	211	2
7	1	27	5	65	3	101	2	125	4			150	5	185	2	204	2	212	2
8	2	28	2	66	2	102	4	126	5			151	3	186	4	205	2	213	3
9	1	29	5	67	1	103	3	127	1			152	5	187	3			214	5
10	5	30	3	68	5	104	1	128	3			153	5	188	1			215	E
11	5	31	4	69	3	105	3	129	2			154	1	189	1			216	4
12	2	32	2	70	3	106	5	130	4			155	4	190	5			217	1
13	3	33	1	71	3	107	4	131	1			156	4	191	5			218	1
14	5	34	5	72	1	108	3	132	2			157	1	192	1			219	3
15	1	35	1	73	5	109	5	133	2			158	4	193	3			220	5
16	3	36	5	74	5	110	1	134	1			159	1	194	4			221	2
17	2	37	3	75	1	111	5	135	1			160	2	195	1			222	2
18	4	38	2	76	3	112	3	136	2			161	5	196	2				
19	1	39	3	77	1	113	4	137	1			162	1	197	3				
20	1	40	2	78	5	114	2	138	3			163	4						
		41	3	79	5	115	3	139	1			164	2						
		42	5	80	3	116	2	140	2			165	2						
		43	2	81	3	117	1	141	3			166	3						
		44	4	82	4	118	2	142	5			167	1						
		45	3	83	3							168	4						
		46	2	84	3							169	2						
		47	3	85	4							170	2						
		48	2	86	2							171	2						
		49	2	87	5							172	5						
		50	5	88	3							173	3						
		51	2	89	5							174	4						
		52	2	90	2							175	1						
		53	2	91	3							176	4						
		54	5	92	2							177	1						
		55	3	93	1							178	5						
		56	3	94	1														
		57	1																
		58	1																

P: Número de Pregunta del Examen R: Número de la Respuesta Correcta

PC = 3.1.1. Psicología clínica infanto-juvenil

DI = 3.1.2. discapacidad intelectual

PD = 3.1.3. Trastornos profundos en el desarrollo

CO = 3.2.1. Trastornos de la comunicación

AP = 3.2.2. Trastornos del aprendizaje

HM = 3.2.3. Trastornos de las habilidades motoras

DA = 3.3.1. Trastornos de atención e hiperactividad

TC = 3.3.2. Trastornos de conducta

TI = 3.3.3. Trastornos de la ingesta de la infancia y la niñez

EL = 3.3.4. Trastornos de la eliminación