

TRABAJO FIN DE GRADO EN AUDICIÓN Y LENGUAJE



Universidad de Valladolid

“ANSIEDAD Y TRASTORNOS DEL LENGUAJE”

TFG correspondiente al Grado en Educación Primaria. Junio de 2019.

Realizado por: Ana Isabel Álvarez Ruiz.

Tutores: María Jesús Irurtia Muñiz

Jairo Rodríguez Medina

RESUMEN Y PALABRAS CLAVE

Este Trabajo Fin de Grado tiene como objetivo analizar la comorbilidad entre ansiedad infantil y trastornos del lenguaje en la población objeto de estudio.

Se procede a la realización de un estudio de la ansiedad, sus principales causas, trastornos, diagnóstico y tratamiento, así como una exposición de los principales trastornos del lenguaje, previa explicación del mismo, bases neuro-anatómicas, y breve recorrido por las principales teorías de formación. Del mismo modo, también se incluye una investigación sobre casos reales de estudiantes con problemas de lenguaje de edades comprendidas entre los 3 y los 12 años (Educación Infantil y Primaria), utilizando los test PAS, CAS y STAIC para cada horquilla de edad correspondiente, con el fin de comprobar si estos alumnos presentan riesgo de padecer ansiedad.

Ansiedad infantil, trastornos del lenguaje, PAS, CAS, STAIC.

ABSTRACT AND KEYWORDS

The purpose of this Final Degree Project is to analyze the comorbidity between infantile anxiety and language disorders in the population under study.

An anxiety's study will be done, it's main causes, disorders, diagnosis and treatment, as well as an exposition of the main language disorders, previous explanation, neuro-anatomical bases, and a brief review of the main theories of language formation.

In the same way, an investigation will also be included, based on real students with language disorders. It's ages will be included in a range between 3 and 12 (Child and Primary Education). 3 different test will be used: PAS, CAS and STAIC, to prove if these students have, or not risk of suffering anxiety.

Infantile anxiety, language disorders, PAS, CAS, STAIC

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	4
2. OBJETIVOS	5
2.1 OBJETIVO GENERAL.....	5
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	5
3. JUSTIFICACIÓN	5
4. ANSIEDAD INFANTIL	7
4.1 CONCEPTUALIZACIÓN.....	7
4.2 INVESTIGACIÓN DE LA ANSIEDAD.....	8
4.2.1 TAG.....	8
4.2.2 Factores desencadenantes de la ansiedad.....	9
4.3 LA DEPRESIÓN.....	10
4.4 DIAGNÓSTICO, EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO.....	12
4.5 ACHENBAH Y EDELBROCK.....	13
4.6 INVESTIGACIONES.....	14
5. TRASTORNOS DEL LENGUAJE	15
5.1 CONCEPTUALIZACIÓN.....	15
5.1.1 Aspectos y condiciones necesarias para el desarrollo del lenguaje.....	16
5.1.2 Teorías de formación del lenguaje.....	18
5.1.3 Etapas en la formación del lenguaje.....	18
5.2 TRASTORNOS DEL LENGUAJE.....	19
5.3 PATOLOGÍA DEL LENGUAJE.....	20
5.3.1 Afasia.....	20
5.3.2 Alexias.....	20
5.3.3 Acalculias.....	21
5.4 ALTERACIONES QUE INCIDEN EN LA LECTOESCRITURA.....	21
5.3.1 Disfasia infantil.....	21
5.3.2 Retraso del lenguaje.....	22
5.3.3 Digrafía.....	23
5.3.4 Dislexia.....	23
5.5 TRASTORNOS DE LA VOZ Y DEL HABLA.....	24
5.5.1 Disfonía.....	24
5.5.2 Dislalia.....	25
5.5.3 Disartria.....	25
5.5.4 Taquifemia.....	26

5.5.5	Disfemia	26
5.5.6	Disglosia.....	26
5.6	TRASTORNOS DEL LENGUAJE POR PÉRDIDA AUDITIVA.....	27
5.7	TRASTORNOS DEL LENGUAJE POR DISCAPACIDAD INTELECTUAL. SÍNDROME DE DOWN.....	27
6	PARTE EXPERIMENTAL.....	28
6.1	POBLACIÓN.....	28
6.2	INSTRUMENTOS.....	30
6.3	CÓMO Y QUIÉN LO VA A LLEVAR A CABO. RECOGIDA DE DATOS.....	32
6.4	RESULTADOS.....	33
6.4.1	PAS.....	33
6.4.2	CAS.....	34
6.4.3	STAIC.....	36
7.	RESULTADOS.....	37
7.1	PAS.....	37
7.2	CAS.....	39
7.3	STAIC.....	40
8.	CONCLUSIONES Y LÍNEAS FUTURAS.....	41
9.	BIBLIOGRAFÍA.....	43

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1	29
Tabla 2	33
Tabla 3	34
Tabla 4	35
Tabla 5	36
Anexo Registro Fonológico	42

1. INTRODUCCIÓN

La ansiedad no siempre tiene que ser considerada como algo negativo; incluso un cierto grado de la misma, es deseable para la adaptación de las personas al medio cambiante que nos rodea (Rapado Castro, M, 2015; childmind.org/2018report). Sin embargo, debemos saber distinguir esta característica deseable, de un trastorno psiquiátrico (López-Ibor, J.J., 2004; Orgilés, M., Méndez, X., Espada, J.P., Carballo, J.L. y Piqueras, J.A., 2012); este cambio de concepción de la ansiedad, se produce cuando las respuestas de un individuo a los estímulos del entorno se vuelven desmesuradas, y el sujeto es incapaz de controlarlas.

Los escolares que acuden a nuestras aulas, pueden presentar un amplísimo abanico de dificultades; desde trastornos del lenguaje, a parálisis cerebral, discapacidad intelectual, así como, otros de salud mental, como la ansiedad. Según Javier Armendáriz Cortez (2013), alguna de las dificultades más comunes en los colegios, son la dislexia, discalculia, la discapacidad física por lesión medular, discapacidad intelectual (Síndrome de Down), discapacidad psíquica (TDAH o autismo) ... Aunque este autor no realiza ninguna mención a los trastornos mentales, Ana María Sancho (2005), psiquiatra del Hospital General Universitario "Gregorio Marañón", nos indica que dentro de este conjunto de trastornos el producido por la ansiedad es el más importante en la población infantojuvenil, presentando una prevalencia del 9-21%.

El objetivo de este trabajo es analizar la comorbilidad entre ansiedad infantil y trastornos del lenguaje en la población objeto de estudio de dos colegios localizados en la ciudad de Valladolid, puesto que me encuentro realizando el Practicum II en los mismos en este momento. El punto de partida para llevar a cabo esta investigación será el estudio, tanto de la ansiedad, como de los diferentes trastornos del lenguaje que pueden afectar a los estudiantes, centrándome especialmente en aquellos que afectan a los alumnos que estoy atendiendo. Una vez realizado este primer proceso, se procederá a la mención y descripción de los test que utilizaré para la evaluación de la ansiedad en los alumnos (PAS, CAS, STAIC), para el posterior estudio de los resultados obtenidos.

De esta forma, el TFG que a continuación se presenta, está dividido en dos partes: la primera de ellas se centra en el análisis y descripción, de la ansiedad (esencialmente como patología). Por un lado: factores desencadenantes, su diagnóstico, evaluación y tratamiento, y finalmente algunas investigaciones realizadas. Los trastornos del lenguaje ocupan la segunda sección de la primera parte (conceptualización, factores necesarios para el desarrollo del mismo, sus principales teorías de formación, etapas de formación y patología).

La segunda parte del TFG, es eminentemente la parte dedicada a la investigación propiamente dicha. En ella se habla de los test de evaluación empleados para valorar el grado de

ansiedad que presentan los estudiantes, la población estudiada, cómo ha sido la recogida de datos, los resultados obtenidos, y como conclusión, líneas futuras para este trabajo, autoevaluación y comentario de resultados finales.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL

- Analizar la comorbilidad entre ansiedad infantil y trastornos del lenguaje en la población objeto de estudio.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Evaluar si existen problemas de lenguaje en los niños que acuden al aula de Audición y Lenguaje.
- Evaluar si existen problemas de ansiedad en los estudiantes que acuden al aula de Audición y Lenguaje.
- Evaluar la coexistencia entre problemas del lenguaje y problemas de ansiedad en los estudiantes de Educación Infantil y Primaria que acuden al aula de Audición y Lenguaje.
- Analizar posibles diferencias por edad en los estudiantes con ansiedad que acuden al aula de Audición y Lenguaje.

3. JUSTIFICACIÓN

El lenguaje es una de las características más importantes y esenciales que diferencia al ser humano del resto de animales. Es nuestro principal medio de comunicación, transmisión y cultura, y un factor determinante de pertenencia a un grupo social. Por estas razones, y por ser uno de los factores fundamentales a lo largo de la vida de las personas, pero sobre todo en la primera infancia como medio de socialización he considerado este tema para mi TFG. (Ríos, 2018).

El lenguaje evoluciona a lo largo de toda la vida, pero es en los años de Educación Primaria donde se adquiere una base sólida para su correcto uso a lo largo de la vida. También es en esta etapa donde se detectan anomalías, retrasos o trastornos, y donde en mayor o menor medida su tratamiento es más eficaz. La evolución del lenguaje consiste esencialmente en lograr una complejidad mayor tanto en uso como en comprensión. Aunque partimos de la aceptación y conocimiento de la individualidad del alumnado, de sus características propias, contamos con unas características y estadios del lenguaje que el niño debería ir adquiriendo

por etapas en un desarrollo normal. Estos estadios nos servirán de base para detectar cualquier trastorno. (Martín, C., y Navarro, 2016).

Por otro lado, es de vital importancia mencionar el hecho innegable de que cuando hablamos de lenguaje, indirectamente también lo hacemos del cerebro y por ello debemos tener, como mínimo, unas nociones básicas de su funcionamiento y localización de los centros fundamentales del lenguaje. Sin embargo, muchas veces pasamos por alto un elemento fundamental a la hora de que las personas podamos adquirir cualquier aprendizaje, en este caso, el del lenguaje. Este elemento es la ansiedad.

Según Marta Rapado Castro (2015), coordinadora del libro "La Ansiedad: estrategias prácticas para manejarla paso a paso", un cierto grado de ansiedad es un factor determinante que nos permite la adaptación al medio en que vivimos, al mundo que nos rodea. Sin embargo, debemos de hablar de ansiedad como algo patológico cuando, entre otro amplio abanico de posibilidades aparece alguno de estos síntomas característicos: dependencia excesiva de los adultos, miedo a diferentes situaciones, animales concretos, ir a la escuela, exceso de preocupaciones para su edad. (López et al, 2010).

La propuesta de intervención que se desarrolla a lo largo de este Trabajo Fin de Grado, tiene su punto de partida en una asignatura basada en el estudio de la adquisición de conocimientos relacionados con diferentes trastornos referidos al lenguaje en sus diferentes dimensiones y, además cómo afecta la ansiedad en éstos. Cómo los niños pueden manifestar estos trastornos por diferentes circunstancias en sus vidas, y cómo les va a afectar.

También cabe decir respecto a la elección de este tema, que se basa en demostrar la comorbilidad entre los trastornos del lenguaje y la ansiedad en niños de Primaria, y cómo tratarlo; la aceptación de estos niños en el aula y las dificultades que presentan.

Finalmente, y para hacer referencia a las competencias y objetivos del Grado en Educación Primaria, partiendo del objetivo general "*Es objetivo del título lograr en estos profesionales, habilitados para el ejercicio de la profesión regulada de Maestro en Educación Primaria, la capacitación adecuada para afrontar los retos del sistema educativo y adaptar las enseñanzas a las nuevas necesidades formativas y para realizar sus funciones bajo el principio de colaboración y trabajo en equipo;*" en este trabajo quiero que se vea reflejado el potencial, la capacidad de hacer frente a los retos que presenta la heterogeneidad de un aula de primaria, pero en concreto, la capacitación para hacer frente a trastornos del lenguaje y ansiedad. Como conclusión de esta justificación, quiero resaltar una de las competencias relativas a este grado: *Que los estudiantes sepan aplicar sus conocimientos a su trabajo o vocación de una forma profesional y posean las competencias que suelen*

demostrarse por medio de la elaboración y defensa de argumentos y la resolución de problemas dentro de su área de estudio –la Educación–. Considero que esta es una buena conclusión antes de dar comienzo al cuerpo de este TFG, puesto que esta competencia tiene que verse activa en el día a día del docente; un profesional capaz de identificar, tratar y saber dar una respuesta firme al amplio abanico de problemas que seguro surgirán en su aula a lo largo de los cursos.

4. ANSIEDAD INFANTIL

4.1 CONCEPTUALIZACIÓN

Para comenzar el desarrollo del cuerpo del TFG, conceptualizo uno de los motores del mismo: la ansiedad.

La primera definición que cabe mencionar, es la que nos proporciona el Diccionario de la Real Academia Española de la lengua:

1. f. Estado de agitación, inquietud o zozobra del ánimo.
2. f. Angustia que suele acompañar a muchas enfermedades, en particular a ciertas neurosis, y que no permite sosiego a los enfermos.

Una vez tenemos una idea muy general de lo que es la ansiedad, voy a pasar a dar unas definiciones que hacen referencia a un campo más clínico e incluso académico. Los primeros autores que quiero mencionar para ello, son Díez y Sánchez (2000) quienes han escrito una amplia bibliografía respecto este tema. *“La ansiedad es una relación adaptativa ante situaciones interpretadas como una amenaza o peligro para la integridad psicofísica del individuo, que actúa como un sistema de alerta ante situaciones potencialmente peligrosas. Ante la percepción de una situación amenazante, un ‘programa ansioso’ es activado de forma refleja”* (Díez y Sánchez, 2000).

Otros autores definen la ansiedad como una sensación normal frente a ciertas situaciones en la vida de las personas que pueden llegar a ser estresantes. De esto, podemos deducir que un cierto grado de ansiedad es incluso deseable y beneficioso en la vida de las personas para poder tener una correcta adaptación al medio, y poder dar respuesta a determinados estímulos. Podremos hablar de ansiedad como una patología o trastorno cuando va más allá de la adaptación al medio del individuo y las respuestas se vuelven exageradas (López-Ibor, J.J., 2004). Para llegar a este estado patológico de ansiedad, hay que partir de una serie de emociones variables que pueden ir

desde un estado de alerta hasta respuestas como el pánico. Cuando respuestas como esta última se dan de manera continuada con estímulos que en otras personas no desencadenan emociones, se puede hablar de patología (Becerra et al., 2007). Es decir, los síntomas que pueden presentar las personas con ansiedad son: predisposición al suicidio, miedo a la muerte propia o de un ser querido, insomnio o cualquier otra índole de trastornos del sueño y también del apetito, fobias, negativa ante la insistencia de los padres de acudir al colegio, mutismo... (Navarro, M.E., 2004).

Como conclusión a esta primera fase de conceptualización, resulta interesante establecer una distinción entre los dos tipos principales de ansiedad:

- a) Protección ante un peligro, ya sea real o potencial. Hasta cierto punto es beneficiosa debido a que está cumpliendo la función de adaptación al medio como protección contra los peligros del entorno esencialmente (Becerra et al, 2007).
- b) Ansiedad clínicamente diagnosticada, la cual y partiendo de Lazarus y Averill (1972), es una emoción nacida del miedo.

Para comprender lo que acabo mencionar, se establece una diferenciación entre la ansiedad y el miedo; apareciendo este último ante un peligro próximo y desencadenando como consecuencia, una serie de respuestas y sensaciones: estas son las que conforman el miedo. Puede confundirse con la ansiedad puesto que las respuestas fisiológicas son muy similares, sin embargo, las respuestas relacionadas con el comportamiento son diferentes. Las derivadas de la ansiedad clínica no son normales, llegando a disforia o presentar somatizaciones, mientras las que se desencadenan a partir del miedo, sí son normales y las presentan todas las personas ante este sentimiento (Becerra et al., 2007).

Según Orgilés M., et al., (2012), entre el 15 y el 20% de los niños y jóvenes sufren algún trastorno relacionado con la ansiedad, siendo este trastorno uno de los más tratados en las Unidades de Salud Mental.

Dando por finalizada la fase de conceptualización, se pasa, a continuación, a una fase de investigación y profundización el tema.

4.2 INVESTIGACIÓN DE LA ANSIEDAD

4.2.1 TAG

Para comenzar esta segunda fase, quiero mencionar que hay muchas patologías que se derivan de la ansiedad; sin embargo, la que se resalta a continuación, es una de las más comunes y conocidas: el TAG.

El trastorno de ansiedad generalizada (TAG) se incluyó en el DSM-IV (APA, 1994). Para que un niño pueda diagnosticarse con esta patología tiene que haber pasado una fase de ansiedad y preocupación desmedidas, junto con una serie de síntomas que pueden ir desde la somatización hasta irritabilidad. Además, estos síntomas tienen que darse ante un amplio abanico de circunstancias como las relaciones sociales en general, o en el colegio por citar un ejemplo. En cuanto a la durabilidad de los síntomas para el diagnóstico del TAG, estos deben prolongarse como mínimo seis meses (APA, 2000).

La causa del TAG es desconocida, siendo muchas las que pueden desencadenar un trastorno de ansiedad (estilo educativo utilizado en el hogar, el carácter del propio niño, factores culturales...) (Echeburúa y Corral, 2006). Una vez diagnosticado, el tratamiento del TAG debe estar basado en ayudar al paciente a saber cómo controlarse cuando note que los síntomas de la ansiedad comienzan a aparecer, sin tener que utilizar fármacos a no ser que se vuelva imprescindible (Tyrer P., Baldwin D., 1997).

4.2.2 Factores desencadenantes de la ansiedad.

Para profundizar un poco más en la ansiedad, en primer lugar, se mencionan alguno de los factores psicosociales de riesgo para desencadenar este trastorno: situaciones estresantes, determinados ambientes familiares o escolares que presenten dificultades para la persona, preocupaciones extremas por temas del día a día... (Lobo A., Campos R., 1997). La interacción entre varios de los factores que acabo de mencionar es, en definitiva, una de las causas que se han citado para los trastornos de ansiedad, siendo además muy común la comorbilidad con otros trastornos, especialmente los de estados de ánimo. (Battaglia, M., Ogliari A., 2005).

Por otro lado, siguiendo con las causas que desencadenan el trastorno de la ansiedad, existe gran ambigüedad en cuanto a bibliografía se refiere. Aún sin que se haya establecido un cuadro de causas o factores desencadenantes aceptada por todos los autores y estudiosos del tema, podemos decir que existen algunos como biológicos: las alteraciones de sistemas neurobiológicos, al igual que anomalías en las formaciones del sistema límbico, que están relacionados con la ansiedad. También pueden ser causantes de la misma los factores ambientales o psico-sociales. (Lobo, A. et al., 1997). En adición a esto, es interesante destacar los factores emocionales como miedo, inseguridad, sentimientos de amenaza continuos etc. (Díez, 2000), emociones que es posible ver plasmadas en los alumnos durante las jornadas escolares, y reaccionar ante ellas. Del mismo modo, una conducta que presente inquietud excesiva, facilidad para el llanto y/o comportamientos extraños, que tienen como objetivo la evitación de situaciones concretas debido a que provocan en el sujeto temor o ansiedad, cuando en otros individuos no debería provocar esta respuesta también son factores de alarma.

Relacionado con esto, encontramos a Rodríguez y Martínez, (2001) basándose en los clásicos Pavlov y Skinner, concluyen que tanto el condicionamiento clásico, como el operante son aspectos que limitan a la población. Esto quiere decir que los niños con una excesiva ansiedad o un miedo descontrolado presentan dificultades para controlar situaciones, que en ocasiones pueden ser cotidianas, que les produzcan irritación o catastrofización.

Muchos autores hacen referencia a la predisposición genética de cada individuo, como los ya mencionados Díez y Sánchez, (2000); la presencia del trastorno en los progenitores es otra evidencia que predispone a las personas a sufrirla.

De cualquier forma, aspectos como los contextuales, son vitales en la ansiedad a la hora de manifestar o no esta vulnerabilidad genética (Méndez et al., 2001). Destacan 4 factores que predisponen al sufrimiento de la ansiedad: ausencia de soporte social, determinadas condiciones en la vida de las personas (P.ej: mantenimiento de un nivel socioeconómico bajo, presencia de amenazas etc.) (Catalán, 2000). Del mismo modo, se ha remarcado el peso de las relaciones afectivas dentro de la familia (Navarro, 2004).

Aunque el entorno escolar aporte aspectos positivos en lo relacionado con el bienestar de los infantes, pueden aparecer problemas como por ejemplo las aulas con una cantidad excesiva de alumnos, temperaturas inadecuadas, iluminación deficiente... y esto puede propiciar la aparición de trastornos emocionales, como la ansiedad. (Orlandini, 1999).

Igual de importante que tener conocimiento de las causas que podemos denominar generales que desencadenan la ansiedad, es saber las acciones o situaciones concretas de cada sujeto que la provocan. (Garmezy y Masten, 1984). A estas situaciones se les da el nombre de "life events" (acontecimientos vitales. AV). Se constata que los AV en los niños desencadenan desórdenes emocionales. Tras un estudio, se concluyó que los AV negativos están relacionados con emociones y estados emocionales negativos. (Moreno et al., 1995).

Para finalizar con las causas desencadenantes, es interesante mencionar que las bases neurales responsables de la ansiedad son embriológicamente hablando las áreas más antiguas (la amígdala y el hipocampo). Existen diferentes estudios para constatar el desarrollo del comportamiento neural durante la ansiedad, para desarrollar diversas estrategias para terapia, por ejemplo. Durante las investigaciones es posible inducir la ansiedad, y así poder medirla, como por ejemplo con un aumento de la actividad de las glándulas sudoríparas (Becerra et al., 2007).

4.3 LA DEPRESIÓN

Después de revisar literatura acerca de la ansiedad infantil, comprendo que al hablar de ella hay que hablar inevitablemente de la depresión, puesto que muchas veces van de la mano;

por esta razón, a partir de este punto se habla de ambos conceptos. Para dar más peso a esta afirmación, uno de los estudios que se ha llevado a cabo para comprobar la relación entre ansiedad y depresión, lo llevaron a cabo Aguledo Vélez, D. et al., (2004), en una universidad colombiana.

Aunque parece evidente la relación entre la ansiedad y la depresión, no existen acuerdos en torno a cuál de las dos patologías se desarrolla primero. Otero, (2000) observa que hay menos casos de niños con ansiedad que presenten sintomatología depresiva, que al contrario.

Antes de continuar, se conceptualiza "la depresión" para saber de qué estamos hablando; Según Méndez, Olivares y Ros (2001), la depresión se define como "*un problema psicológico complejo caracterizado por un estado de ánimo irritable, falta de motivación y disminución de la conducta adaptativa. Incluye también alteraciones del apetito, del sueño, de la actividad motora, cansancio, dificultades para pensar o concentrarse, ideas de muerte o suicidio e intentos de suicidio en la que los sistemas motores y psicofisiológicos son los más afectados*". Además, hacen hincapié en los efectos negativos en cuanto a la familia, el colegio y los aspectos sociales en general. Wicks e Israel, (1997) establecen que la depresión es un estado de ánimo generalizado de infelicidad subjetivo, una pérdida de la experiencia de placer, retraimiento social, baja autoestima, incapacidad para concentrarse, alteraciones en las funciones biológicas y síntomas somáticos.

Se puede definir como "una situación afectiva de tristeza mayor en intensidad y duración que se produce en un niño. Podemos hablar de depresión mayor cuando los síntomas se prolongan en el tiempo más de dos semanas. Hablaremos de trastorno distímico cuando los síntomas duran más de un mes". (Navarro, M.E., 2004)

La depresión produce en la persona irritabilidad, dificultades de aprendizaje, problemas de comportamiento... (Buela, Carretero y De los Santos, 2001. Navarro, 2004).

En los niños con este trastorno, encontramos con regularidad una excesiva cantidad de pensamientos perjudiciales (Rodríguez y Martínez, 2001). En adición a esto, los menores pueden presentar con cierta asiduidad dificultades en la relación con sus iguales, pues son percibidos como tímidos. Finalmente cabe decir que es probable que lleguen a presentar problemas escolares tales como: temor a exámenes o rechazo por sus iguales.

Jacques y Mash, (2004), concluyeron que los síntomas de la depresión y los correspondientes a la ansiedad están interrelacionados; esto trae como consecuencia puntos de encuentro en las bases teóricas de ambas, y se explica gracias a diversos factores como la etiología o los factores de riesgo.

4.4 DIAGNÓSTICO, EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO

Para establecer un diagnóstico de la ansiedad, hay varios caminos. Uno de ellos, es la entrevista clínica semiestructurada; con ella es posible obtener la información pertinente para poder llegar a un diagnóstico y tratamiento objetivos. Las partes que la entrevista debe tener son: una fase preliminar (conocer el motivo de la consulta), fase exploratoria (información acerca de los síntomas, intensidad, factores que han podido desencadenar la patología, personalidad...), fase resolutive (se llega a un acuerdo entre el profesional y el paciente para el tratamiento) y una fase final o de despedida (Dupuy L., Losasso A., 2004).

Otra forma de diagnóstico es la Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg (EADG). Se emplea bastante dentro de la Atención Primaria, puesto que es un instrumento fácil de manejar, y breve en tiempo de aplicación. Sirve de guía para la entrevista, y además indica la gravedad y cómo evolucionan los trastornos. Una escala que es también muy usada es la escala de Hamilton para la Ansiedad. Cuenta con 14 ítems en los que se valora y evalúa la ansiedad según los aspectos psíquicos, somáticos y físicos que presente la persona (Tyrrer P., Baldwin D., 1997).

A continuación, se mencionan algunos aspectos acerca de la evaluación. Rodríguez y Martínez (2001), consideran para la evaluación de la ansiedad, la necesidad de integrar diferentes estrategias considerando los diferentes ambientes relevantes para la persona evaluada, y la comorbilidad con otros trastornos. Esto contribuye a identificar el tipo de ayuda que puedan necesitar. Si queremos tener una buena base para la comprensión del trastorno y elegir los caminos de intervención más convenientes, debemos tomar en consideración los aspectos que dan pie a una continuación de la ansiedad. Es interesante comentar la importancia del temperamento; en especial la inhibición conductual (importante factor de riesgo para la ansiedad) (Díez y Sánchez, 2000).

Si hablamos del tratamiento, la forma más común es el tratamiento psicológico: un proceso de comunicación entre el paciente y el terapeuta cuyo objetivo es hacer que la salud mental del paciente mejore (Fernández Liria A. & Rodríguez Vega B., 1997).

Las técnicas conductuales se basan en ir haciendo cada vez menores los síntomas con el cambio de factores que refuerzan la ansiedad. Las técnicas utilizadas son: técnicas de relajación, técnicas de exposición, técnicas de autocontrol y de entrenamiento en habilidades sociales.

Finalmente, encontramos el tratamiento farmacológico con antidepresivos y ansiolíticos (Tyrrer P., Baldwin D., 1997), aunque este se debe emplear solamente cuando fracasan los anteriores.

Centrándonos más en el ámbito infantil, es importante mencionar que el pediatra es uno de los mejores lugares para comenzar a diagnosticar la ansiedad, realizar estudios y derivaciones y, si es necesario, confirmar este diagnóstico. Esto es así debido a que este profesional está en posesión de las herramientas más rudimentarias del tratamiento, así como de los caminos para derivar al niño a otros profesionales más expertos en la materia. Una limitación para comenzar con el diagnóstico de esta patología, es la edad, puesto que cuanto más corta es esta, más limitada es la capacidad para expresar sus sentimientos o somatizaciones. (Ruiz Sancho, A.M., 2005)

En cuanto al tratamiento de este trastorno en niños, se mencionan a continuación las más comunes:

La primera, es la terapia cognitivo-comportamental (TCC), intervenciones que involucren a los familiares, (estas dos forman el tratamiento psicoterapéutico) y finalmente el tratamiento farmacológico, aunque este solo se lleva a cabo en los casos más graves, cuando los otros tratamientos no tienen los resultados esperados. En cuanto al tratamiento psicoterapéutico, debe incluir actividades cuya finalidad sea disminuir las actividades identificadas durante la evaluación de la ansiedad, como causantes de la misma; un aumento en calidad y cantidad de la comunicación individual, y con los familiares, para poder expresar los sentimientos, y compartirlos con el resto de la familia. (Ruiz Sancho, A.M., 2005)

4.5 ACHENBAH Y EDELBROCK

Dos autores que considero relevantes en el tema que nos atañe por su amplia bibliografía son Achenbach y Edelbrock, y por ello voy a comentar una de sus propuestas más famosas.

Gracias a Achenbach y Edelbrock (1983) y su propuesta, Child Behavior Checklist (CBCL), tenemos la capacidad de investigar, esencialmente, tres síndromes internalizantes (inseguridad, timidez, tristeza, fobias etc.), los cuales podemos equiparar a: problemas afectivos, problemas de ansiedad y somatizaciones. (listado sintomatológico APA)

Voy a enumerar una serie de características que pueden presentar las personas que padecen estos síndromes:

Problemas afectivos:

- Lloro mucho
- Habla de querer matarse
- Infeliz, triste y deprimido
- Se siente inferior o cree que no vale nada

Problemas de ansiedad:

- Demasiado dependiente o apegado a los adultos
- Miedo a situaciones, lugares, animales...
- Demasiado ansioso o miedoso
- Se preocupa mucho

Problemas somáticos:

- Dolores sin causa medica
- Nauseas
- Erupciones en la piel sin causa medica

Gracias a instrumentos como el CBCL, podemos valorar los puntos de encuentro y desencuentro de los anteriores síndromes en lo que respecta a clasificaciones en psicología infantil. Gracias a las investigaciones de Achenbach (1982), podemos confirmar que los trastornos internalizantes son las alteraciones más comunes en la época de la infancia.

Por otro lado, encontramos los trastornos externalizantes (bajo control emocional, dificultad en el respeto a reglas, agresividad etc): son más evidentes que los anteriores, ya que pueden ser manifestados en forma de conductas negativas para el resto de personas que rodean al sujeto que presenta el trastorno. Debido a esta externalización, este tipo de trastornos, por lo general, es remitido en un porcentaje elevado a los correspondientes especialistas clínicos (Cova, Maganto y Melipillán, 2005).

Si hablamos del factor sexo Esparó, Canals (2004), con una muestra de 130 niños (50% niños y 50% niñas) los evaluó mediante el CBCL y los resultados fueron superiores en las niñas cuando los síntomas fueron evaluados a nivel clínico y superiores en los niños, si se consideran los síntomas subclínicos. Como conclusión a este estudio, se puede decir que la prevalencia total es más elevada en niños que en niñas.

4.6 INVESTIGACIONES

Puesto que considero que un TFG no debe basarse y reflejar simplemente aspectos teóricos, si no prácticos y cómo esta teoría se ha llevado a la práctica, a continuación, y como conclusión al tema de la ansiedad expongo de forma breve una serie de investigaciones que han llamado mi atención.

La primera a la que voy a realizar una alusión, fue llevada a cabo en el Ministerio de Protección Social en 2003, donde quedó claro que los trastornos que comienzan a aparecer con una precocidad mayor, son los trastornos tanto de la ansiedad, como problemas de conducta. Partiendo de este mismo estudio, y como conclusión de otros muchos relacionados con ansiedad

y depresión se concluye la importancia de aclarar que el diagnóstico es el primer paso de la intervención, y además aclaran que la edad del sujeto es esencial para poder realizar los pronósticos de mejoría. En concreto, para el trastorno de la ansiedad, podemos establecer su aparición en un rango de edad de entre 6 y 24 años.

Hay un amplio abanico de estudios que confirman la comorbilidad entre los diferentes trastornos internalizantes en la época de la infancia. Algunos estudios llevados a cabo por Campo y Fritsch (1994), de niños que sufren con cierta periodicidad trastornos somáticos, demuestran que tienen más posibilidades de desarrollar trastornos internalizantes, psicológicos... Además, los menores que tienen ansiedad por un lado, y depresión por otro, lidian con mayores quejas somáticas que los que sufren otro tipo de trastornos psicopatológicos.

Uno de los modelos más relevantes en lo que a comorbilidad entre depresión y ansiedad se refiere es el tripartito propuesto por Clark y Watson (2001); plantea la coexistencia de dos dimensiones del afecto, pero independientes entre ellas (afecto negativo y positivo), con un patrón diferencial en sus relaciones con la depresión y la ansiedad (Clark, L.A. & Watson, D., 1991). El afecto negativo sería habitual tanto en la ansiedad, como en la depresión; por el contrario, el positivo es propio de la depresión. La propuesta de los mencionados Clark y Watson (1991) incluye además una dimensión específica de la ansiedad: activación fisiológica.

5. TRASTORNOS DEL LENGUAJE

Antes de dar paso a la segunda parte del TFG, "trastornos del lenguaje", considero que es necesario dar unas pinceladas acerca de qué es el lenguaje, las estructuras que lo sustentan, la formación del mismo etc.

5.1 CONCEPTUALIZACIÓN

Para la conceptualización del lenguaje, me gustaría mencionar a Vygotski (1979), puesto que considero su conceptualización muy clara: El lenguaje, *como un sistema articulado de signos, construido socialmente a lo largo de la historia, vehicula significados instituidos relativamente estables, aunque mutables, lo que hace la polisemia de las palabras. No obstante, esos significados adquieren su significación concreta en el contexto de la interlocución.* (Citado en Moreira, 2003, p. 4)

Por último, mencionar que los términos lenguaje y habla no podemos considerarlos sinónimos: el lenguaje es un sistema simbólico y representativo, usado para comunicar, transmitir

y recibir ideas, mientras que el habla es una de las diversas formas de comunicación. Para que el lenguaje se desarrolle con normalidad y dentro de las edades que consideremos normales, se requiere una estructura anatomofuncional determinada, y a la vez una estimulación verbal. Estas son condiciones sine qua non para el lenguaje. (Castaño J., 2003)

5.1.1 Aspectos y condiciones necesarias para el desarrollo del lenguaje

Continuando con la conceptualización del lenguaje, es básico realizar una mención a los aspectos y condiciones esenciales para que éste pueda ser desarrollado en una persona;

El proceso de fonación necesita que los órganos necesarios funcionen con normalidad, un desarrollo intelectual normal e influencia ambiental positiva. (Bravo, C.M., & Guzmán, 2015)

En referencia al último aspecto, gracias a diferentes estudios e investigaciones se sabe que es imposible hablar del proceso madurativo sin mencionar el medio que rodea a la persona. Así, un niño que haya tenido algún tipo de carencia en aspectos esenciales de la vida, sufrirá un retraso evolutivo y la consecuencia de esto será la imposibilidad de alcanzar estándares evolutivos y madurativos adecuados a su edad. Partiendo de esto, resulta evidente que para acceder al lenguaje o a la lectura es necesario contar con un nivel de maduración sin el cual es imposible iniciar el aprendizaje (Uribe, L.A. & Guzmán, J.I, 1999).

Por otro lado, y entrando en un campo más específico, la lateralidad es un aspecto esencial: el dominio de una parte del cuerpo sobre la otra. Las posibilidades de lateralización son diestros, zurdos o ambidiestros. Los niños que no tienen una buena lateralidad, es decir, que está no está definida, presentan dificultades a la hora de la adquisición del lenguaje. La lateralidad en un proceso de maduración normal tiene que estar definida a los 6 años (Castaño, J. 2003).

Si se habla de un terreno más neurológico, a continuación, se presentan unas breves pinceladas de la fisiología requerida para la correcta formación del lenguaje. (Uribe, L.A. & Guzmán, J.I, 1999) (Bravo, C.M., & Guzmán, 2015)

1. Estructuras corticales del lenguaje: en la corteza cerebral, diferenciamos dos tipos de células:
 - a. Las eferentes, sirven para la salida de la información.
 - b. Las aferentes forman la entrada de la información.
2. Lóbulos:
 - a. Lóbulo occipital: es el encargado del aprendizaje perceptivo (lecto-escritura).
 - b. Lóbulo parietal: gran peso en la lectura: identificación de grafemas y fonemas.
 - c. Lóbulo temporal: representa la corteza auditiva.

- d. Lóbulo frontal: base neuro-anatómica más relevante del comportamiento humano.
3. Centros corticales específicos del lenguaje
- a. El área de Broca es el encargado de ordenar los fonemas para poder formar palabras, y convertir estas en oraciones. También coordina y secuencia los movimientos del habla. Cuando se encuentra dañado, podemos encontrar en los niños una sintaxis desordenada, perseverancia etc., aunque la comprensión puede estar intacta.
 - b. El área de Wernicke es un área receptora auditiva. Su función más importante es la semasiológica, esto es la decodificación de la palabra hablada. Para que esta función se desarrolle correctamente es también necesario un correcto funcionamiento de la memoria a corto y largo plazo, y el conocimiento de reglas gramaticales. Algunas de las características que se encuentran en el discurso de las personas que tienen esta área afectada es la utilización de palabras adecuadas, y una comprensión afectada, aunque la sintaxis y gramática son, por lo general, adecuadas.
4. Centros no específicos:
- a. Lóbulo Prefrontal: funciones cognitivas que permiten llevar a cabo el lenguaje humano.
 - b. Sistema Límbico: Base motivacional de la enunciación verbal.
 - c. Formación Reticular: para cualquier función mental se precisa de un tono cortical.
 - d. Centro de Exner: junto con el centro de Luria superior son los centros de escritura.
 - e. Centro de Luria Superior: relacionado con las praxias de las manos y de los dedos, con las expresiones no verbales del cuerpo y con la función pragmática.
 - f. Centro de Luria Inferior: junto Broca es imprescindible para la palabra hablada.
 - g. Centro de Déjerine: Centro de la lecto-escritura.

Para finalizar con esta parte neuro-fisiológica, se realiza una breve explicación de las bases del lenguaje:

- Base neurológica: especialización en el área cerebral del lenguaje del hemisferio dominante
- Base motora: buen estado y funcionamiento de:
 - Diafragma
 - Inspiración/expiración
 - Cuerdas vocales

Hasta aquí, se ha hecho alusión a las bases anatómico-fisiológicas necesarias para adquirir el lenguaje, pero no es suficiente, además son necesarias otras bases del lenguaje:

- Base social: contacto con otros, imitación e interacción social.
- Base afectiva: Los problemas afectivos se pueden asociar a problemas comunicativos.
- Base intelectual: necesaria la capacidad de simbolización para desarrollar el lenguaje.

5.1.2 Teorías de formación del lenguaje

Dejando a un lado los aspectos anatomo-funcionales, entro en un terreno más teórico y también más controvertido; las teorías de formación del lenguaje. A continuación, se explican algunas de las más conocidas y representativas.

La primera, es la de Skinner (1957) (Bravo, C.M., & Guzmán, 2015), y su conductismo. Esta teoría indica que el lenguaje se aprende mediante la asociación, imitación, repetición y reforzamiento. Además, se sustenta en las diferencias que se encuentran en niños (lingüísticamente hablando) de la misma edad (niños de 3 años que tienen un habla más o menos fluida y otros que casi no saben combinar 3 palabras). Los investigadores coinciden en la importancia de los cuidadores del niño a la hora de su desarrollo lingüístico; sin embargo, por ejemplo, Chomsky propuso "la creatividad lingüística": cualquier hablante es capaz de realizar y pronunciar oraciones que nunca ha hablado. la teoría de Skinner no puede explicar hechos como este.

Muy relacionado con lo anterior, es importante mencionar el innatismo de Chomsky (1965) (Bravo, C.M., & Guzmán, 2015). Esta teoría sugiere que el lenguaje se adquiere de manera innata gracias al LAD (un dispositivo biológico que posibilita la adquisición del lenguaje).

Para concluir este punto, es interesante mencionar la teoría pragmático-social, que proviene de: la "Escuela Soviética", cuyo máximo representante es Vygotski (Austin, 1962 & Searle, 1975). Los principios más destacables de estos planteamientos son los siguientes:

- Lenguaje: medio de comunicación desarrollado por la interacción con el medio y sociedad.
- Intenciones comunicativas desarrolladas antes del desarrollo de la producción lingüística
- Hay un continuo evolutivo en la comunicación mediante gestos y el desarrollo pre lingüístico.
- El lenguaje y su adquisición son muy sensibles al contexto de la persona.

5.1.3 Etapas en la formación del lenguaje

Una vez explicados tanto los mecanismos neuro-fisiológicos necesarios, como las teorías principales en las que se sustenta el lenguaje, es hora de hablar de las etapas que seguimos hasta la consecución del mismo (Bravo, C.M., & Guzmán, 2015).

1. DESARROLLO DE LA COMUNICACIÓN PRELINGÜÍSTICA

Antes de la aparición de la intención comunicativa, se consiguen las conductas expresivas: llorar cuando los bebés tienen hambre. Cuando aparece la intención comunicativa, el bebé emite vocalizaciones o gestos, para que la otra persona sea consciente de la señal (Mariscal, 2008). Esta intención se ha localizado entre los 6-8 meses y un año, aunque no hay estudios concluyentes. (Cervera et al, 2003). (Bravo, C.M., & Guzmán, 2015).

2. EL PERÍODO LINGÜÍSTICO

Alrededor de los 12 meses, los bebés comienzan a producir sus primeras palabras. Debido a que su motricidad y su aparato motor no están totalmente desarrollados, no pueden producir de forma correcta todos los fonemas. Por ello, se dan procesos de simplificación como:

- Reducción de la sílaba a la estructura consonante – vocal; acortamiento de sílabas (aya- playa)
- Repetición de un sonido dentro de la misma palabra (asimilaciones): papa en lugar de pala.
- Cambios de unos fonemas por otros (sustituciones): pedo por perro.

Estas no afectan al lenguaje definitivo de los niños, siempre y cuando se superen antes de que el lenguaje comience a ser funcional (entre los 4 y los 7 años). (Bravo, C.M., & Guzmán, 2015)

3. DE LOS 4 A LOS 7 AÑOS

Hasta los 4, los niños entran en el periodo o etapa de los porqués y preguntan los nombres de las cosas que no conoce. Es a partir de esta edad cuando se produce un gran aumento del conocimiento de significados y un gran desarrollo cognitivo.

Dando por concluida la fase de conceptualización del lenguaje, en las siguientes páginas se va a llevar a cabo la exposición de los trastornos del lenguaje.

5.2 TRASTORNOS DEL LENGUAJE

Un trastorno del lenguaje es la adquisición, comprensión o producción anormal del lenguaje hablado o escrito. El trastorno puede implicar a todos o algunas de las dimensiones del lenguaje. Los sujetos con trastornos del lenguaje, con frecuencia tienen problemas en el procesamiento de oraciones o en abstraer información de forma significativa para el almacenamiento o la

recuperación en la memoria a corto y largo plazo. (Asociación Americana del Habla y Lenguaje ASHA, 1980)

5.3 PATOLOGÍA DEL LENGUAJE

5.3.1 Afasia

Es la imposibilidad o problema para la expresión y/o comprensión del lenguaje. (Bein e Ovcharova, 1970). Alteración en la posibilidad de utilización del lenguaje, debido a lesiones cerebrales. Se produce en la mayoría de los casos por un accidente cerebral, pero también puede ser producida por una enfermedad inflamatoria, una incapacidad para la decodificación simbólica etc. (Uribe, L.A. & Guzmán, J.I, 1999)

Una de las clasificaciones que podemos hacer de la afasia es la siguiente:

- a) Afasia motriz o afasia de Broca
- b) Afasia sensorial o de Wernicke

Según A. Ardilla (1983), hablando de la primera de ellas, el sujeto comprende el lenguaje, pero no puede realizar producciones coherentes. En la segunda de ellas, la persona no comprende el mensaje emitido.

Broca (Uribe L.A., & Moya Prado C, 1990), hace una distinción en 2 tipos de alteraciones dentro de la afasia: la afemia y la amnesia verbal. La primera de ellas es un problema o dificultad para realizar más de una praxia de órganos buco-fonadores. La amnesia es definida por su parte, como las trabas o dificultades para entender el lenguaje.

Un autor que muestra una opinión contraria a las anteriores es P. Marie (1906) y define la afasia como una lesión en el área de Broca. Él, confía tan solo en la existencia de un tipo de afasia: la sensorial, basada en la alteración de la capacidad intelectual de la persona.

Además, se puede decir que hay un período crítico entre el año y los nueve, donde es posible recuperar el lenguaje, siempre teniendo en cuenta que será más difícil su recuperación cuanto mayor sea el niño. Esta posibilidad se produce en el niño y no en el adulto por la plasticidad que presenta su cerebro, y porque la dominancia hemisférica aún no se ha establecido totalmente (así, el hemisferio derecho podrá tomar las funciones lingüísticas que le corresponderían al izquierdo) (Bravo, C.M., & Guzmán, 2015) (Castaño, J., 2003).

5.3.2 Alexias

La alexia es la imposibilidad para leer una vez que esta habilidad había sido adquirida, y normalmente no aparece de manera aislada, sino conjuntamente con agrafía. Encontramos diferentes tipos de alexias:

- Agnósica: no puede reconocer las palabras
- De superficie o pura: el sujeto va decodificando letra a letra, y posteriormente construye la palabra a partir de los sonidos.
- Visual: imposibilidad para la identificación de grafemas.
- De profundidad: es la más grave el sujeto que la sufre tiene gran dificultad para discriminar fonemas partiendo del lenguaje escrito, se produce una gran cantidad de errores durante la lectura en voz alta etc.

(Uribe, L.A. & Guzmán, J.I, 1999)

5.3.3 Acalculias

Dificultad para llevar a cabo ejercicios u operaciones matemáticas. Diferentes tipos; entre ellas quiero resaltar:

- Acalculia aléxica
- Acalculia simbólica
- Acalculia espacial

(Uribe, L.A. & Guzmán, J.I, 1999)

5.4 ALTERACIONES QUE INCIDEN EN LA LECTOESCRITURA

5.3.1 Disfasia infantil

Déficit en el lenguaje oral determinado por un retraso en la adquisición del lenguaje de tipo permanente: dificultades en la estructuración, manejo de tiempos verbales... Aunque es de gran complejidad parcelar por un lado la disfasia, y por otro el retraso del lenguaje. A veces, el diagnóstico se inclina por disfasia ante la falta de mejora en el lenguaje habiendo derivado al estudiante con los especialistas necesarios. Es una disfunción específica en el desarrollo de la expresión y/o recepción o comprensión del habla y lenguaje, sin otras discapacidades que podrían ser las causantes. Características:

- Ecolalia (repetición de una palabra o frase recientemente oída o producida por el mismo sujeto) ante la respuesta a una pregunta.

- Imposibilidad de manejo de forma adecuada los pronombres personales a partir de los 4 años.
- Dificultad para recordar enunciados. En el entorno escolar esto puede derivar, si no se trata de forma adecuada, en fracaso escolar por la imposibilidad de la correcta realización de los exámenes, o desmotivación a la hora del estudio por no ver los resultados esperados.
- Dificultad para la estructuración espacio-temporal
- En ocasiones, puede estar acompañado de trastornos conductuales

Clasificación de la disfasia:

- Disfasia primaria de desarrollo: dificultad en el aprendizaje por discapacidad intelectual leve.
- Disfasia del desarrollo de tipo motor: imprecisión en la producción de fonemas.
- Disfasia del desarrollo tipo sensorial: imposibilidad en el procesamiento de sonidos no verbales

(Benton, 1964).

5.3.2 Retraso del lenguaje

Como se ha comentado en el apartado disfasia, muchas veces éste trastorno no es fácil distinguirlo del retraso del lenguaje. Una de las formas para establecer una distinción, es la mejoría ante una intervención adecuada: en el retraso del lenguaje es fácilmente observable una mejoría debido, a como se ha mencionado la intervención, pero también gracias a una mejoría de los factores ambientales. Esta mejoría puede ser debida gracias a una correcta orientación escolar hacia la familia del estudiante afectado.

En el retraso del lenguaje, los niños y las niñas desarrollan un lenguaje normalizado, pero de forma más lenta que el resto de estudiantes. Las condiciones para el diagnóstico son:

- Encontrar el principal obstáculo del desarrollo del lenguaje en el aspecto expresivo.
- El vocabulario que presenta el estudiante es llamativamente escaso para su edad.
- El lenguaje oral comienza a desarrollarse entre 1 año y 1 año y medio más tarde de lo normal.
- Es posible observar una evolución en relación con la etapa escolar en la que se encuentra el estudiante.

Por otro lado, es interesante decir que los alumnos afectados con este retraso pueden compensarlo si el entorno que les rodea proporciona los estímulos requeridos a tal efecto, y además cuentan con buenas capacidades intelectuales. Del mismo modo, por lo general, y con el

tratamiento logopédico, o de audición y lenguaje necesarios es habitual que mejoren en poco tiempo.

Las principales causas que se contemplan para el retraso del lenguaje son:

- Pérdidas auditivas: producidas por diversas causas como otitis.
- Una actitud sobreprotectora por parte de los progenitores (hablar y responder por el niño)
- Un entorno familiar en el que se habla más de una lengua.

(Gassió-Subirachs, R., 2006)

5.3.3 Digrafía

El término de digrafía, se refiere a las deficiencias funcionales, que afectan a la calidad de la escritura de un sujeto. Para que una persona sea diagnosticada con este trastorno, debe contar con una capacidad intelectual normal, ausencia de daño sensorial grave, una estimulación cultural adecuada y ausencia tanto de trastornos emocionales como neurológicos. (Rivas y Fernández, 2011) Un rasgo característico de este trastorno es que no se contempla su diagnóstico dentro del DSM V TM (APA, 2013), y tan solo se realiza una referencia dentro del trastorno específico del aprendizaje, que englobaría a la digrafía y disortografía. Puede estar alterado:

- La corrección de la ortografía.
- Corrección de reglas gramaticales y de puntuación.
- Claridad y organización adecuada de la expresión escrita.

Una de las definiciones para este trastorno, la proporciona Uribe (1999): incapacidad para la expresión por medio del lenguaje escrito por una lesión cerebral. Es fácilmente observable por la incorrecta realización de las letras, desorganización generalizada, no hay respeto del tamaño de las letras ni espacio entre las mismas... Puede darse en niños con inteligencia normal. (Uribe, L.A. & Guzmán, J.I, 1999)

5.3.4 Dislexia

La palabra dislexia significa dificultad de habla o dicción. Se trata de un trastorno del lenguaje manifestado a la hora de la lectura y sus usos generales debido a retrasos madurativos. Se da en sujetos con un desarrollo adecuado a su edad, con aptitudes intelectuales altas y en un medio socioeconómico-cultural sin determinar (Rivas y Fernández, 2011).

Según la guía de dislexia de la comunidad autónoma de Murcia (2002), *“ la dislexia se caracteriza por dificultades en el reconocimiento preciso y fluido de las palabras y por problemas de ortografía y decodificación, que resultan de un déficit en el componente fonológico”*.

Según la Asociación Internacional de Dislexia, (2002) implica dificultades en el reconocimiento preciso y fluido de las palabras por problemas de ortografía y decodificación.

Es habitual encontrarla en niños con una capacidad cerebral e inteligencia en la media o por encima de la misma. Aunque no están claras las causas, se atribuyen 3 principales:

- Pérdida de tejido cerebral
- Mal funcionamiento del cerebro por causas congénitas
- Subdesarrollo de centros cerebrales.

La sintomatología más frecuente de la dislexia es la siguiente:

- Omisión de letras y/o sílabas
- Sustitución de letras por la imposibilidad de diferenciar formas parecidas
- Inversión de letras
- Incapacidad para diferenciar acústicamente fonemas similares
- Desorganización espacio-temporal
- Esquema corporal defectuoso

La Guía de Murcia, la dislexia se puede clasificar en dos tipos según el momento de adquisición de la lectura. (Dislexia, A. A., 2010).

- Dislexia adquirida: cuando por lesión cerebral se pierden capacidades lectoras ya adquiridas
- Dislexia evolutiva: sin razón aparente se pueden dar las siguientes dificultades:
- Dislexia visual: la persona que la sufre, observa las letras con una inversión doble: la parte de arriba la visualiza abajo, y la parte derecha en la izquierda. Los niños que la padecen suelen acabar negándose a leer.
- Dislexia auditiva: no perciben las diferencias entre los sonidos de las vocales y las consonantes, y tienen grandes dificultades o imposibilidad de realizar una relación entre lo que oyen con lo que ven escrito.
- Dislexia profunda: las dificultades se presentan en las dos estrategias previas.

5.5 TRASTORNOS DE LA VOZ Y DEL HABLA

5.5.1 Disfonía

Alteración de la voz derivada de un uso inadecuado, o por una mala respiración. En este caso, el ambiente es muy importante: el modelo familiar, o las enfermedades derivadas del aparato fonador. Las características de este trastorno son una voz grave. En la rinofonía, tenemos dos posibilidades: abierta o cerrada. La rinofonía cerrada implica un tono nasalizado por obstrucción del paso del aire en las cavidades nasales. La abierta implica un tono gangoso por insuficiencia

de cierre del velo del paladar. Suele estar acompañada por rinolalia. (Ortega, J. L. G., & Fuentes, A. R., 2005).

5.5.2 Dislalia

Trastorno de la articulación de los diferentes fonemas. Imposibilidad para la producción de ciertos fonemas o grupos de los mismos, bien por ausencia, por alteración/distorsión, sustitución o por inserción de algunos sonidos. Es el trastorno del lenguaje más común en los niños, y más sencillo de identificar. Es un trastorno de tipo funcional, permanente en los niños mayores de 4 años, sin una causa sensorial o motriz. Algunos de los síntomas que presentan los niños con dislalias:

- Omisión: alargamiento de la anterior vocal que precede al sonido omitido. "oche".
- Sustitución: del sonido correcto por uno parecido en el punto de articulación. "cato/gato".
- Distorsión: cuando se da una mala posición de los órganos articulatorios, rotacismo gutural ("r en francés) o sigmatismo lateral (se escapa el aire al decir la "s" por tener la lengua pegada al paladar).
- Inserción: se añade un nuevo sonido que sirve de apoyo. "drosa/rosa".

Las dislalias se pueden superar, pero en algunos casos las podemos llegar a encontrar en personas adultas.

(Ortega, J. L. G., & Fuentes, A. R., 2005).

5.5.3 Disartria

Se trata de un trastorno del habla producido por una alteración en los mecanismos de control neuromuscular. Esto tiene como consecuencia alteraciones en la palabra hablada. Puede estar producida por:

- Una lesión en el SNC y/o SNP, lo que puede tener como consecuencia, PCI, traumatismos, anoxia, etc.
- Movimientos voluntarios e involuntarios (parálisis, tono muscular alterado, descoordinación en movimientos faríngeos, etc)

La forma más grave en la que se puede presentar la disartria, es la anartria: imposibilidad para la articulación de palabras.

Algunos de los síntomas más característicos son:

- Reducción de la fluidez del habla.
- Trastornos en entonación.
- Pérdida de naturalidad en la expresión.
- Trastornos sociales y comunicativos.

(Uribe, L.A. & Guzmán, J.I, 1999) (González, R. A., & Bevilacqua, J. A., 2012)

5.5.4 Taquifemia

Modalidad del habla muy precipitada en la que se producen omisiones tanto de sílabas como de fonemas al final de las emisiones orales. La persona no es consciente de su problema, pero con trabajo puede llegar a ser capaz de controlarlo. (Uribe, L.A. & Guzmán, J.I, 1999) (Ortega, J. L. G., & Fuentes, A. R., 2005).

5.5.5 Disfemia

Descoordinación en el momento de la fonación combinada con espasmos musculares. Los primeros síntomas aparecen a los 3 o 4 años y se van haciendo más notables cuando el sujeto aumenta en edad. Etiología:

- Dificultades funcionales: bien por debilidad en el aparato articulario, bien por una disfunción cerebral o falta de lateralización.
- También se relaciona este trastorno con uno afectivo.

Tipos:

- Tónica: bloqueos iniciales combinados con espasmos.
- Clónica: iteraciones de sílabas.
- Mixta: combina las anteriores.

(Ortega, J. L. G., & Fuentes, A. R., 2005).

5.5.6 Disglosia

Alteración a la hora de producir los diferentes sonidos que componen una lengua debido a alteraciones anatómicas o malformaciones de alguno de los órganos que participan en la articulación de los mismos. El origen puede ser bien congénito (como una fisura labial), o bien adquirido (por ejemplo, como consecuencia de alguna operación). (Torres et al., 2003).

Las disglosias se pueden clasificar según dónde se encuentra la alteración o malformación:

- Labiales: pueden estar alterados en forma, fuerza o movilidad. (Labio leporino, fisura labial, parálisis facial etc.)

- Mandibulares: trastorno en la relación maxilomandibular. (Maloclusión ósea)
- Dentales: alteraciones en forma tamaño o posición de las piezas dentales.
- Linguales: afecta a la rapidez y precisión de los movimientos. (Macroglosia, esquizoglosia etc.)
- Palatinas: malformaciones que se pueden dar bien en el paladar óseo, o bien en el velo del paladar. (Paladar corto, perforaciones etc.)
- Nasales: alteración u obstrucción en las fosas nasales, por diferentes causas como desviación del tabique nasal o fosas nasales estrechas. (Rinolalias)

5.6 TRASTORNOS DEL LENGUAJE POR PÉRDIDA AUDITIVA

Las consecuencias de la pérdida auditiva en el lenguaje, son variables dependiendo del nivel de audición o pérdida auditiva, y de la edad de aparición y tratamiento de la misma.

Existen dos grandes categorías según la localización de la lesión que provoca la sordera: Hipoacusias de transmisión o conductivas (afectada la parte mecánica del oído; patologías del oído externo y medio: otitis) . Hipoacusias de percepción o neurosensoriales (lesión en el órgano de Corti, vías o centros nerviosos superiores auditivos.).

Dependiendo de cuándo aparece el trastorno auditivo, podemos hablar de:

- Hipoacusias prelocutivas (desde el nacimiento).
- Hipoacusias perilocutivas (aparecen alrededor de los 3 años).
- Hipoacusias poslocutivas (después de la adquisición de las funciones lingüísticas más fundamentales).

Por otro lado, dependiendo de la afectación de la hipoacusia en las diferentes frecuencias podemos hablar de:

- Hipoacusia leve (entre 20 y 40 dB. No interfiere de forma significativa en el desarrollo del lenguaje)
- Hipoacusia media (entre 40 y 70 dB. No se percibe la palabra hablada, excepto si se producen con una elevada intensidad).
- Hipoacusia severa (entre 70 y 90 dB. No se perciben sonidos).

(Benito Rodríguez De Guzmán, L., 2015). (Macías Martín, E.M., 2010)

5.7 TRASTORNOS DEL LENGUAJE POR DISCAPACIDAD INTELLECTUAL. SÍNDROME DE DOWN.

El Síndrome de Down es una de las condiciones más frecuentes de retraso mental, bien moderado o bien severo, de origen genético. Gracias a un amplio abanico de estudios, ha sido posible concluir que los niños que presentan este síndrome procesan los estímulos auditivos complejos de forma más lenta que el resto de niños con igual edad.

Por ahora no se conoce nada acerca de la sensibilidad de los recién nacidos con Síndrome de Down a la prosodia y fonética del lenguaje. Lo que sí se sabe, es que su balbuceo, aunque retrasado en relación con el resto de niños, no es extraño. Sin embargo, uno de los aspectos más preocupantes en el terreno del desarrollo prelingüístico es la falta de interacción con el interlocutor, por lo que uno de los aspectos esenciales a trabajar con estos niños es la comunicación diádica.

Una advertencia esencial viene de la mano de Flórez (2005), quien indica que la trisomía 21 humana puede ser negativo para la estimulación temprana. Esto es debido a que esta estimulación podría sobrepasar los recursos con los que cuenta el sujeto, y ejercer un efecto negativo en el desarrollo del mismo.

Otra de las dificultades que presentan estos niños, son las articulatorias; esto es debido a:

- Cavidad bucal pequeña para la lengua que presentan.
- Protrusión de la lengua.
- Paladar corto.
- Oclusión defectuosa, etc.

También presentan hipotonía generalizada; esto afecta al lenguaje, y para combatirla, existen diferentes técnicas como la de Castillo-Morales et. al., consistente en colocar una placa con estimuladores en el paladar.

Como conclusión, se puede decir que es necesaria una intervención adaptada a la edad, y que estudie y valore la necesidad de comunicación de los afectados en sus entornos.

Rondal, J. A. (2006).

6 PARTE EXPERIMENTAL

6.1 POBLACIÓN

Como profesora de Audición y Lenguaje, he realizado mi Practicum II con un grupo de 29 alumnos de edades comprendidas entre los 3 y los 12 años. Este es el grupo de población con el que la experimentación ha tenido lugar (aunque finalmente, 23 de estos alumnos han sido los que han completado los test propuestos). Todos ellos acuden a dos colegios públicos de Valladolid, en los que he desempeñado mi trabajo, en el barrio de las Delicias. Todos presentan trastornos o dificultades en el lenguaje, motivo por el que acuden al aula de Audición y Lenguaje

(AL). Dentro de estas dificultades, encontramos que 4 niños presentan retraso madurativo, 20 retraso del lenguaje, 1 Síndrome de Down y discapacidad auditiva (con implante coclear), 2 discapacidad auditiva (hipoacusia) (una cuenta con audífono y otra con implante coclear), 3 dificultades en lecto-escritura, 2 dislalias, 1 disfasia y discapacidad intelectual leve, y 1 autismo. Tabla, 1.

Patología	N	Edad	Sexo	
			Niños	Niñas
Retraso madurativo	4	6 y 3 años.	3	1
Retraso del lenguaje	20	3,4,5,6,7 y 12 años.	16	4
Síndrome de Down y discapacidad auditiva	1	4 años.	1	-
Discapacidad auditiva	2	7 y 9 años.	-	2
Dificultades en lecto-escritura	3	7 años.	3	-
Autismo	1	3 años.	1	-
Dislalias	2	3 y 4 años.	2	-
Disfasia y discapacidad intelectual leve	1	12 años	1	-

Tabla, 1. Distribución de los alumnos por patología, edad y sexo.

Estos niños provienen, además, de etnias y países diferentes, y sus familias tienen por lo general problemas económicos o en la estructuración (situaciones de divorcio, familias monoparentales, familias con órdenes de alejamiento etc.). Por ello es especialmente interesante analizar el grado de ansiedad que pueden llegar a tener.

La intervención ha durado 3 meses, en los que he podido poner en práctica los conocimientos teóricos adquiridos a lo largo del grado, y adquirir gran cantidad de conocimientos prácticos, para poder ir formando poco a poco mi propio banco de recursos. En los dos Centros Escolares donde he pasado mi período de prácticas, los estudiantes que necesitaban apoyo de AL, salían de su aula convencional para ir a otro donde mi tutora y yo les atendíamos durante sesiones de 30 minutos cada una. Según la dificultad de cada estudiante, se trabaja de una forma u otra. Por un lado, con las dislalias, al inicio de cada sesión nos colocamos frente a un espejo para practicar diferentes praxias generales, y después otras más concretas enfocadas a los fonemas con los que los niños tienen problemas. Después de este primer momento, realizamos otra clase de ejercicios como los de soplo (con globos, matasuegras o con un pompero), actividades que

implican reconocimiento o discriminación de los fonemas con los que se tiene problemas. Con los niños con retraso del lenguaje también se realiza un primer momento de espejo, y si alguno de los estudiantes comete algún fallo se da preferencia a que se corrijan entre los que están en la sesión; una vez finalizado este primer momento se trabajan aspectos como la lectura y construcción de frases con diferentes elementos como con letras magnéticas que se adhieren a pizarras individuales, apps con la Tablet como *soy visual* etc. Por último, con el alumnado con retraso madurativo se comienza la sesión con la lectura de un cuento, o con alguna actividad que les sirva de aliciente para trabajar de manera correcta el resto de la sesión como, por ejemplo, sacar pequeños muñecos de diferentes animales e irles nombrando. Posteriormente, tras una sesión de relajación que dura unos 5 minutos, normalmente se reparten fichas que trabajan las letras y discriminación de sonidos dentro de las palabras y conciencia fonética y fonológica; estas fichas incluyen ejercicios de recortar, pegar, colorear, repasar...en definitiva ejercicios que también trabajan la motricidad fina, de esta forma no son las típicas fichas de rellenar, y es posible mantener su atención y una buena disposición durante la media hora que dura la sesión. Finalmente, con los alumnos de los cursos superiores (4º-6º), donde se encuentran 2 de los 3 estudiantes con discapacidad auditiva, se trabaja esencialmente con los libros de lengua que siguen en sus aulas, y además con fichas a modo de refuerzo para que puedan seguir el ritmo de sus compañeros

6.2 INSTRUMENTOS

Debido a que el grupo de niños con los que se trabaja abarca un rango de edades muy amplio, para evaluar el grado de ansiedad se han utilizado 3 pruebas:

- PAS: para niños de entre 3 y 5 años.
- CAS: destinado a niños de 6 a 8 años.
- STAIC: preparado para niños de 8 a 15 años.

Descripción de los instrumentos:

PAS: cuyo nombre original es Spence children's Anxiety Scale (Spence, 1997), la validación en español fue realizada por Mireia Orgilés Amorós en 2011. Este test se desarrolla para investigar síntomas de ansiedad. No existe un periodo de tiempo establecido para completar el test. Para la realización de la prueba, y puesto que las edades de los niños son muy cortas, se pide la colaboración de los padres o tutores legales. El test consta de 34 preguntas, pudiendo ser la respuesta a cada una: nunca - casi nunca - a veces – bastantes veces – muchas veces. De las 34 preguntas que componen el test, es necesario responder como mínimo, a 29, siendo esta última la

determinante para continuar respondiendo o no. Si la respuesta a la pregunta 29 (*“ha sufrido su hijo/a alguna vez una experiencia muy mala o traumática, como un accidente grave, la muerte de algún familiar o amigo/a, agresión, robo, catástrofe, etc.”*) es “sí”, habrá que completar el test entero, mientras que si la respuesta es “no”, el test habrá concluido. Esta escala, es uno de los pocos instrumentos creado para evaluar la ansiedad concretamente en alumnos preescolares, y fue ideada a partir del DSM-IV. (Penosa Gómez, Patricia. 2017)

CAS: su nombre original es “Child Anxiety Scale”, (John S. Gillis, 1980. TEA ediciones). La duración del test, incluyendo las instrucciones, es de unos 20 o 30 minutos. Uno de los consejos que se dan en las normas de aplicación del mismo, es grabar las instrucciones en lugar de repetirlas cada vez que queramos pasarlo; en caso de optar por esta grabación, se aconseja también realizar unos ejemplos sobre una pizarra o un papel. Del mismo, modo también encontramos especificado en las instrucciones orientaciones acerca de cómo explicar a los niños qué casilla han de marcar: *«Niños, así es como debéis marcar vuestras respuestas a las preguntas que a continuación vais a escuchar. Pondréis una X como ésta en el redondel (y se señala), si estáis de acuerdo con la primera parte de la pregunta. Si estás de acuerdo con la segunda parte de la pregunta, pondréis la X en el cuadrado»*. Finalmente, es bastante útil decir a los estudiantes a los que se vaya a pasar el test, que vayan poniendo su dedo sobre el dibujo de la pregunta que les estemos haciendo para que sepan dónde se llegan, y respondan de forma correcta. Respecto a la corrección se menciona que habrá que descartar, o repetir los test en los que solo haya marcados o bien los redondeles o bien los cuadrados, los que haya alguna respuesta en blanco y también los que tengan preguntas con dos respuestas marcadas. (TEA ediciones, 2011)

STAIC: el nombre original de este test es State-Trait Anxiety Inventory, (Spielberg, C.D, 1982. TEA ediciones). El test tiene una duración que puede variar entre los 15 y los 20 minutos, incluyendo la explicación y las normas del mismo. Este cuestionario incluye escalas que miden dos conceptos independientes de la ansiedad: estado (A-E) y rasgo (A-R). A-E: los estudiantes indican "cómo se encuentran en un momento concreto" se consideran sentimientos de tensión, y preocupación variable en intensidad con el tiempo. A-R: los alumnos pueden indicar "como se sienten en general". Esta parte del test, intenta demostrar las diferencias que pueden existir en los niños al mostrar estados de ansiedad. Es útil para determinar los niveles de ansiedad causados por factores como la tensión o el estrés. El STAIC puede ser aplicado individual o colectivamente; y si surge alguna duda en el transcurso del mismo puede ser resuelta por el examinador, siempre que no influya en las respuestas. Para la ansiedad estado (A-E), las instrucciones que se han de dar a los estudiantes son: *“a continuación encontraréis algunas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo, lee cada frase y señala la respuesta que indique mejor cómo te sientse ahora mismo. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado*

tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa su situación presente”. Y las instrucciones ansiedad rasgo (A-R) son: *“a continuación, encontrarás unas frases que se utilizan para describirse uno a sí mismo. Lee cada frase y señala la puntuación que mejor indica como te sientes en general, en la mayoría de las ocasiones. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando lo que mejor describa como se siente usted generalmente*”. Por último, cabe decir que la puntuación de este test puede ir de 0 a 60, siendo los estudiantes los que realizan una autoevaluación por pregunta que puede ir de 0 a 3 puntos. (Suárez Páez, R 2016). (TEA ediciones).

6.3 CÓMO Y QUIÉN LO VA A LLEVAR A CABO. RECOGIDA DE DATOS.

La encargada de pasar los test a los estudiantes, es la autora del presente trabajo; también ha sido la responsable de redactar la circular conveniente para que los progenitores o tutores legales de los alumnos de 3 a 5 años completen el test correspondiente y el consentimiento informado. En esta circular se detalla que la realización del test no es algo obligatorio, simplemente si deciden completarlo, sería una ayuda para el presente Trabajo Fin de Grado. Del mismo modo también se especifica que va a ser algo anónimo, y que se necesita la mayor sinceridad en las respuestas. El período de recogida de datos se ha extendido durante 2 semanas. La mayoría, tanto de estudiantes, como de familias, han colaborado de forma muy satisfactoria con los test. Sin embargo, algún alumno no acudió al colegio durante esas semanas, por lo que no pudo realizar el test, y también alguna familia prefirió no rellenarlo.

Antes de pasar a la explicación de cómo se ha llevado a cabo la recogida de datos, considero importante mencionar que ha sido sencilla por la buena relación conseguida con todo el alumnado. La recogida de datos ha sido llevada a cabo en el mes de mayo, al finalizar las prácticas, cuando ya se han creado lazos de confianza suficientes como para explicar que se trata de unos test anónimos, con los que podrán ayudar para un trabajo de la Universidad de la autora. Para realizar los test de los alumnos de 6 a 12 años, se han utilizado las sesiones de AL a las acuden, con una duración de 30 minutos. Los test se han aplicado en formato individual, y el momento utilizado ha sido; mientras la tutora del Prácticum imparte la sesión al resto de niños. La aplicación ha sido individual con el fin de evitar que se miren entre ellos, y esto pueda condicionar sus respuestas. Antes de comenzar cada una de las pruebas, se les a tranquilizado diciendo que no es ningún examen y que sus respuestas solo van a ser vistas por la autora y que, por ello deben ser muy sinceros. Esta parte es muy importante debido a que gran parte de los estudiantes comienzan a ponerse nerviosos al ver que tienen que rellenar diferentes aspectos relacionados con ellos mismos, ya que al parecer piensan que pueden ser “criticados” , o “juzgados” de forma negativa.

6.4 RESULTADOS

Este apartado, lo he dividido en tres subapartados; uno por cada test, para obtener una visión de los resultados obtenidos con los test subdivididos por edad.

6.4.1 PAS

Se analiza a un grupo de 11 estudiantes de edades comprendidas entre 3 y 5 años, de ellos, 9 son niños, y 2 son niñas. Los estudiantes analizados mediante este test pertenecen a dos nacionalidades, a saber: española y búlgara. Todos ellos acuden al aula de Audición y Lenguaje porque presentan diferentes trastornos del mismo. En este grupo de población encontramos:

- Retraso del Lenguaje (11).
- Autismo (1).
- Retraso Madurativo (2).
- Dislalias (2).
- Hipoacusia (1).
- Síndrome de Down (1).

Para analizar los resultados del PAS, lo primero que es necesario indicar es que es una escala creada para ayudar en una evaluación clínica, pero no es suficiente para diagnosticar ansiedad si no se complementa con otras técnicas o especialistas (Spence, S.H., Rapee, R., McDonald, C., & Ingram, M., 2001). Además, mediante este test es posible analizar ansiedad generalizada, ansiedad social, TOC, miedo por integridad física y ansiedad por separación. El test tiene en total 29 preguntas, y cada una de ellas, responde a uno de los trastornos que se acaban de citar. A modo de ejemplo, las preguntas que responden a ansiedad generalizada serían la 1, 4, 8, 14 y 28. Tabla, 2.

Ansiedad Generalizada	Ansiedad Social	Trastorno Obsesivo Compulsivo	Miedo por la Integridad Física	Ansiedad por Separación	Total
0	0	0	0	6	6
10	10	6	8	9	43
2	4	0	8	6	20
0	3	0	6	0	9
0	5	0	2	0	7
4	10	8	6	7	35
1	3	4	5	4	17
5	6	7	16	0	34
4	19	3	7	5	38
0	5	0	3	4	12
4	9	5	11	13	42

Tabla, 2. Distribución de alumnos estudiados entre 3 y 5 años, según diferentes trastornos de ansiedad. (Rodríguez Medina, J. (2019)

Por otro lado, como se muestra en la tabla 3, encontramos las puntuaciones "T", que representan puntuaciones estandarizadas. ¿Cómo se pueden calcular dichas puntuaciones? Son calculadas partiendo de la distribución total de puntuaciones del grupo de población o muestra. Aunque como se ha comentado anteriormente, este test por sí solo no es válido como diagnóstico de ansiedad, se sugiere una puntuación "T" mayor de 60 como posible indicador de la misma. Siguiendo una muestra australiana, dicha puntuación "T" mayor de 60 representa al 16% de la población, que se ve reducida al 6% si T es mayor que 65. (Spence, S.H. et al. 2001.)

Gracias a esta pequeña introducción, es posible comprender un poco mejor los resultados obtenidos con el PAS en un grupo de población de 11 estudiantes, con trastornos del lenguaje, de edades comprendidas entre los 3 y los 5 años. Como se puede observar, encontramos que dos de los estudiantes analizados tienen una puntuación "T" mayor que 60. Esto nos indica riesgo de padecer ansiedad, aunque para confirmar este diagnóstico, sería necesario la realización de otras pruebas, la derivación a un especialista etc. Tabla, 3.

ALUMNO	EDAD	CURSO	SEXO	PATOLOGÍA	t
D.R	3	1º E.I.	M	RETRASO DEL LENGUAJE Y AUTISMO	37,78300153
LM	3	1º E.I.	M	R.L.Y RETRASO MADURATIVO	63,02319634
LF	3	1º E.I.	F	R.L.Y RETRASO MADURATIVO	47,33334551
MA	4	2º E.I.	M	R.L.Y DISLALIAS /R/Y/L/	39,82950381
JJ	4	2º E.I.	M	R.L	38,46516896
HM	4	2º E.I.	M	R.L.Y FRENILLO CORTO	57,56585692
AD	4	2º E.I.	M	R.L	45,28684323
AG	3	1º E.I.	M	R.L.Y DISLALIAS /R/Y/L/	56,88368949
DA	4	2º E.I.	F	R.L	59,6123592
MR	5	3º E.I.	M	R.L	41,87600609
ASJ	4	2º E.I.	M	R.L, SÍNDROME DE DOWN E HIPOACUSIA CON IMPLANTE COCLEAR	62,34102891

Tabla, 3. Distribución PAS. (Rodríguez Medina, J. 2019).

6.4.2 CAS

Este test se ha pasado a 8 estudiantes de edades comprendidas entre 6 y 7 años; de los cuales 7 son niños, y una niña. En este grupo existen 4 nacionalidades diferentes, a saber: española, árabe, ecuatoriana y dominicana, y también un estudiante de etnia gitana. Todos ellos acuden al aula de Audición y Lenguaje porque presentan diferentes trastornos del mismo, más concretamente:

- Retraso del Lenguaje (7).

- Retraso Madurativo (2).
- Dificultades de lectoescritura (3).
- Hipoacusia con implante coclear (1).

Una vez analizadas las respuestas dadas por los estudiantes, es posible concluir que 5 de los estudiantes presentan ansiedad moderada, mientras que los 3 restantes, presentan ansiedad leve. Con estos resultados, puedo decir que el 62,5% de los alumnos de 6 y 7 años que presentan trastornos en el lenguaje y que acuden al aula de AL de los centros objeto de estudio, presentan además un trastorno de ansiedad moderado. Para este grupo de alumnos, se requiere un estudio más profundo, un seguimiento individual y la posibilidad de derivación a un profesional experto en el tema (Vallés, Laura. 2011). Ninguno de ellos está diagnosticado a tal efecto, y tras haberlo consultado con el personal docente que trabaja con ellos, tampoco había sospecha alguna de que pudieran presentar ansiedad.

En la siguiente tabla 3, podemos encontrar reflejado el sexo, la patología, edad y curso de los estudiantes, además de las respuestas ofrecidas por los mismos y el diagnóstico final derivado de las respuestas. Uno de los datos más llamativos a la hora de analizar las respuestas, es la pregunta número 15 (*“¿tienes miedo cuando está oscuro?”*). Todos los estudiantes analizados han respondido no, cuando podría ser uno de los miedos que consideramos “típicos” en los niños y niñas. En contraposición a esto, encontramos en la pregunta 14 (*“¿los otros niños pueden hacer las cosas mejor que tú, o peor que tú?”*; donde tan solo 2 estudiantes han respondido que son ellos los que pueden realizar mejor las cosas que el resto de niños y niñas. A lo largo del resto de las preguntas, las respuestas varían según el estudiante, y no hay ninguna con las respuestas tan divididas o marcadas como las dos que se acaban de mencionar.

CAS			ÍTEMS													
ALUMNO	SEXO	PATOLOGÍA	EDAD	CURSO	CAS 1	CAS 2	CAS 3	CAS 4	CAS 5	CAS 6						
Y.M	M	RETRASO DEL LENGUAJE Y RETRASO MADURATIVO	6	3º E.I.	1	1	0	1	0	1						
A.S	M	RETRASO DEL LENGUAJE Y RETRASO MADURATIVO	6	3º E.I.	0	0	1	0	1	1						
S.B	M	RETRASO DEL LENGUAJE Y DIFICULTADES LECTOESCRITURA	7	2º E.P	0	0	1	0	1	1						
D.B	M	RETRASO DEL LENGUAJE	7	2º E.P	0	0	0	0	0	0						
A.S	M	RETRASO DEL LENGUAJE Y DIFICULTADES LECTOESCRITURA	7	2º E.P	1	1	0	0	0	0						
P.F	F	HIPOACUSIA CON IMPLANTE COCLEAR	7	3º E.P	0	1	1	0	1	0						
E.Z	M	RETRASO DEL LENGUAJE Y DIFICULTADES LECTOESCRITURA	7	3º E.P.	1	0	1	0	1	1						
A.M	M	RETRASO DEL LENGUAJE	7	3º 3.P	0	0	1	0	0	0						

CAS 7	CAS 8	CAS 9	CAS 10	CAS 11	CAS 12	CAS 13	CAS 14	CAS 15	CAS 16	CAS 17	CAS 18	CAS 19	CAS 20	Puntuación directa	
0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	1	1	1	10	Ansiedad Moderada
1	1	0	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	13	Ansiedad Moderada
0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	1	1	1	9	Ansiedad Moderada
0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	2	Ansiedad Leve
0	0	0	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	1	6	Ansiedad Leve
1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	0	0	12	Ansiedad Moderada
0	0	0	0	1	0	1	1	0	0	1	1	0	1	10	Ansiedad Moderada
1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	4	Ansiedad Leve

Tabla, 4. Distribución CAS. (Rodríguez Medina, J. 2019).

6.4.3 STAIC

Este último test, ha evaluado a un grupo de 4 estudiantes de edades comprendidas entre 9 y 12 años; de los cuales 3 son niñas, y un niño. En este grupo encontramos 3 nacionalidades diferentes, a saber: española, árabe y búlgara, y además una estudiante de etnia gitana. Todos los estudiantes acuden al aula de Audición y Lenguaje porque presentan diferentes trastornos del mismo, más concretamente:

- Retraso del Lenguaje (2).
- Discapacidad intelectual leve (1).
- Disfasia (1).
- Hipoacusia con implante coclear (1).

Para la realización de un comentario analítico, se ha procedido al estudio de los resultados obtenidos en la siguiente tabla 4, donde se pueden visualizar los resultados divididos en Ansiedad Estado (A-E) y Ansiedad Rasgo (A-R). Para determinar los alumnos que padecen ansiedad, o al menos, presentan factores de alarma, hay que analizar tanto las puntuaciones directas obtenidas de la suma de las respuestas que ellos mismos han dado, y compararlas con los cuartiles; las puntuaciones que superen el tercer cuartil, las situaremos como riesgo de padecer ansiedad.

Como se puede comprobar, tan solo hay una alumna que supera este tercer cuartil en cuanto a Ansiedad Estado se refiere, y su puntuación la sitúa en el límite del tercer cuartil y mediana en lo referido a Ansiedad Rasgo. Dos de los alumnos, también se encuentran en el límite del tercer cuartil y mediana en la Ansiedad Rasgo, y de nuevo repiten situándose en este término en Ansiedad Estado.

Finalmente, encontramos una alumna lejos de situarse en la zona de riesgo de padecer ansiedad, tanto en Ansiedad Estado, como en Ansiedad Rasgo.

ALUMNO	SEXO	PATOLOGÍA	EDAD	PUNTUACIÓN DIRECTA A-E	PUNTUACIÓN DIRECTA A-R
J.R	F	HIPOACUSIA CON IMPLANTE COCLEAR	9	42	38
S.Y	F	RETRASO DEL LENGUAJE	12	38	30
J.E	F	RETRASO DEL ELNGUAJE	12	39	38
F.M	M	DISCAPACIDAD INTELECTUAL LEVE Y DISFASIA	12	39	38

TIPO ANSIEDAD	1º CUARTIL	MEDIANA	3º CUARTIL
A-E	38,750	39,000	39,750
A-R	36,000	38,000	38,000

(Rodríguez Medina, J., 2019)

Tabla, 5. Distribución STAIC. (Rodríguez Medina, J. 2019)

7. RESULTADOS

El grupo total de estudiantes que acuden al aula de AL, presentan algún trastorno o dificultad en el lenguaje, como se ha podido ver en el anterior punto donde se ha mencionado la patología del alumnado por grupos de edad.

7.1 PAS

Como podemos comprobar, dos alumnos presentan una puntuación que indica un posible diagnóstico de ansiedad, que los profesionales no habían detectado y que, si se realizan más pruebas, se dedica una atención más individualizada, y se deriva a un especialista conveniente, se podrá indicar un diagnóstico más acertado. Sin embargo, este grupo es demasiado pequeño para afirmar o refutar la comorbilidad, en términos generales, de trastornos del lenguaje y ansiedad; de cualquier forma, se podría realizar una hipótesis: "algunos de los alumnos de los Colegios objeto de estudio, de edades comprendidas entre los 6 y los 8 años que acuden al aula de AL, muestran signos de presentar ansiedad, además de trastornos del lenguaje".

A continuación, se va a proceder a realizar un análisis de los casos dentro de este grupo que más han llamado mi atención:

Para comenzar, uno de los casos en el que más me he implicado ha sido en el del sujeto nº1, aunque no tiene indicios de presentar ansiedad, se va a realizar un inciso sobre él. Un niño de 3 años con autismo; un diagnóstico quizá algo precipitado para su corta edad. Como es sabido, los niños autistas, por lo general, tienen dificultades para socializar, así como para mirar a la cara cuando están hablando con alguien o realizar juego simbólico. Contrariamente a esto, este alumno realiza juego simbólico sin ninguna clase de problema, si se lo recuerdas es capaz de mirarte a la cara durante una conversación, y finalmente, aunque le cuesta respetar los turnos de palabra, en los juegos, en las actividades o en conversaciones normales, también tiene una socialización

correcta en el aula. Este alumno sale a las sesiones de AL junto a otros dos compañeros y es el que muestra más nivel, pues maneja una lectura superior a muchos de los alumnos de 5 años, y su vocabulario es incluso superior a los de 6 en la mayoría de los casos. Por ello, intentamos proponerle ejercicios de una dificultad mayor, para que no pierda la atención, y las sesiones le resulten provechosas e interesantes.

El caso del sujeto nº 2, el cual sí que presenta indicios de ansiedad, también es interesante de mencionar. Este alumno acude a las sesiones de AL en el mismo grupo que el alumno con autismo. Trabajar con él no es siempre sencillo, pues pierde la atención muy rápido y se distrae con cualquier objeto que encuentra en la clase. Además, muchas veces ofrece respuestas a preguntas muy simples, como por ejemplo: *¿Cómo se llama tu mamá?*, erróneas porque responde de manera impulsiva y sin pensar en lo que se le ha preguntado. Está siguiendo un proceso para comprobar si padece TDAH, aunque el diagnóstico aún no es definitivo. Sus padres se preocupan mucho por él, están atentos y colaboran mucho con el colegio y el personal docente para que pueda recibir un diagnóstico y una atención lo más personalizada posible, en el menor tiempo.

El sujeto nº 9, tampoco presenta una puntuación "T" superior a 60, aunque está muy cerca de esta calificación. Este alumno tiene un vocabulario muy escaso, y aunque asiste con gusto a las sesiones de AL, y se puede realizar un buen trabajo con él porque tiene buena capacidad intelectual, se distrae con facilidad. Le gusta gastar bromas y reírse, y aunque, con su edad esto es normal, no obedece al personal docente cuando se le indica que hay que concentrarse en la sesión.

Por último, el sujeto nº 11, también presenta indicios de poder padecer ansiedad. Este alumno tiene Síndrome de Down, y además tiene un implante coclear por hipoacusia profunda. Con él, a parte de la especialista en AL también trabaja una intérprete en Lengua de Signos, y la especialista en Educación Especial. Comienza a signar algunas palabras relacionadas con los animales, las partes de la casa, o palabras de utilidad en el día a día *como buenos días, buenas tardes, ¿qué tal?* Etc. Respecto a la lengua oral, actualmente se está trabajando con él la repetición de los sonidos vocálicos, y algunas consonantes. También se trabaja en las sesiones de AL el reconocimiento de órdenes simples, por ejemplo, si se trabajan las partes de una casa mediante un puzzle con las diferentes instalaciones: *“dame la cocina, y coloca el cuarto de baño en su sitio.*” Este tipo de indicaciones, ha comenzado a asimilarlas y obedecerlas en los últimos dos meses, lo que supone un gran avance después de más de un año trabajando para que pudiera realizarlo. Este alumno es aún bastante inmaduro, si lo comparamos con sus compañeros, pues requiere muchas muestras de afecto como abrazos, y sigue llevando pañal. Además, tanto en las sesiones con las diferentes especialistas como en su aula convencional, se distrae con facilidad, y se levanta

para coger diferentes juegos y objetos. Sin embargo, es un estudiante con el que se trabaja con mucho gusto puesto que cada avance que realiza, es muy reconfortante para el personal docente.

7.2 CAS

Una vez analizados los resultados de CAS es posible concluir que el 62,5% del grupo de alumnado con edades comprendidas entre los 6 y los 7 años presenta ansiedad moderada. Por ello, en estos 5 alumnos, de los 8 que componen el grupo objeto de estudio, sí que podemos decir que hay comorbilidad entre trastornos del lenguaje y ansiedad infantil. Sin embargo, el grupo estudiado es demasiado pequeño como para concluir que existe comorbilidad entre trastornos del lenguaje y ansiedad.

De los alumnos con ansiedad moderada, me gustaría comentar algún caso que ha llamado mi atención:

El sujeto nº1, con retraso del lenguaje y madurativo, además tiene un bajo dominio del idioma español debido a su procedencia, y a que en su hogar y círculo cercano de amistades el idioma que se practica tampoco es el español. La única oportunidad de aprender el idioma para este alumno es el colegio, donde tiene bastantes problemas de conducta. Cuando no da la respuesta correcta a un ejercicio o a alguna cuestión que pueda realizar el docente, se frustra, y, no parece tener tolerancia a la frustración; como consecuencia, entra en un bucle de enfado, gritos etc. Por otro lado, cuando se realizan con él ejercicios de vocabulario mediante imágenes que debe ir nombrando (como por ejemplo de tipos de ropa), en varias ocasiones comienza a llorar ante una palabra que no recuerda. Durante mi estancia en el colegio, me explicaron que estas reacciones eran debidas a problemas conductuales, cuando tras ver los resultados del CAS, puede comenzarse a sospechar que este alumno tiene ansiedad, y debería comenzarse a realizar un seguimiento individualizado del mismo.

Los sujetos nº 3 y 6, aunque son atendidos en diferentes sesiones por pertenecer a diferentes cursos, tienen un comportamiento bastante similar. Los dos tienen un vocabulario bastante escaso, y cuando dan una respuesta equivocada, aunque el personal docente no cambie su actitud a una más seria, ellos sí que lo hacen a una más retraída o introvertida, y les cuesta seguir respondiendo o lo hacen con más miedo a nuestras preguntas o a los diferentes ejercicios o actividades propuestos. Sin embargo, los días que van realizando los ejercicios de manera correcta se comportan como cualquier otro estudiante de sus edades, con risas, presentando una actitud participativa y activa etc.

Por último, el sujeto nº 7, no solo en el test de ansiedad, si no ante preguntas que pueden tener lugar en el discurso normal de una clase, da respuestas un tanto preocupantes. Como

reforzamiento a esta afirmación, me gustaría citar el siguiente ejemplo: ante un ejercicio del libro de Lengua "*Enumera a tus mejores amigos*", el niño afirmó que no tenía, aunque en el aula estén sentados por grupos, y a las sesiones de AL salga con un compañero de clase, y hablen, se rían etc.

7.3 STAIC

Una vez clasificados los resultados del STAIC en alumnos con riesgo o no de padecer ansiedad, se va a proceder a realizar un comentario más exhaustivo de los resultados y alumnado. Uno de los primeros aspectos que es importante mencionar, es que todos alumnos que han realizado el test cumplían las condiciones "presentar trastornos del lenguaje" y "tener una edad comprendida entre los 9 y 12 años". Este grupo de población es demasiado pequeño como para poder sacar conclusiones generalizables; sin embargo, aún con un grupo tan pequeño como es este, de tan solo 4 sujetos, hemos encontrado 3 posibles casos de ansiedad.

De estos estudiantes, el caso que más ha llamado mi atención es el del sujeto nº 4: se trata de un alumno siempre muy dispuesto, participativo y estudioso, que encuentra muchas dificultades a la hora de entender los dobles sentidos, las frases hechas o las ironías. Aunque ha repetido un curso, esto le ha servido, con mucho esfuerzo por su parte, para conseguir llevar el nivel que implica 6º de Educación Primaria. A lo largo de este año ha pasado situaciones dificultosas, como la pérdida de su padre; sin embargo, hablando con él, y gracias a la confianza que proporciona el aula de AL, ha sido posible comprender que en cierto sentido ha sido un alivio para él (sus padres estaban divorciados, y las semanas que convivía con su padre lo hacía en un piso compartido y compartiendo cama con su progenitor). Además, en una ocasión nos confesó que algunos alumnos de su clase se metían con él por haber repetido. A pesar de todas estas circunstancias, y de sus propias dificultades, este alumno presenta madurez y ha sido capaz de ir superando el curso con mucho esfuerzo.

Por su parte, también considero importante hacer alusión a la alumna nº 3. Esta alumna, de origen árabe, ha repetido curso en 2 ocasiones, y tiene dificultades con el lenguaje. Esto es debido a que nació en Marruecos, posteriormente vino con su familia a vivir a España, donde vivió unos años para posteriormente volver a Marruecos, y el año pasado regresó a España de nuevo. Puesto que en Marruecos no se sigue el mismo currículo escolar que aquí, tenía un desfase importante en cuanto a contenidos se refiere, al igual que muchas confusiones en el lenguaje. Aunque está en 5º de Primaria, trabaja con libros de 3º y 4º. Sin embargo, esta alumna no presenta signos de ansiedad, y además tiene mucha seguridad en sí misma; es muy trabajadora, y sus padres se implican con ella para que vaya adquiriendo el nivel requerido para el curso en el que está.

Finalmente, me gustaría hacer alusión a la alumna que más riesgo de padecer ansiedad presenta, el sujeto nº 1. Es importante decir que falta al colegio un número elevado de veces, llega tarde en muchas ocasiones y, sus padres no son muy participativos en las actividades propuestas por el colegio. Esta alumna tiene hipoacusia con implante coclear, por lo que cuenta con una intérprete en el colegio, pero también utiliza la lengua oral con la ayuda de una emisora FM. Tiene otra hermana, la cual también tiene implante coclear, pero en su hogar ellas solo utilizan lengua de signos, por lo que a veces la comunicación con sus progenitores no es sencilla. Las notas de esta alumna no son siempre buenas, por el elevado número de faltas que acumula, y, además, porque en el lugar de su residencia, tampoco se exige un estudio estricto ni la realización de los deberes. Durante las sesiones de Audición y Lenguaje, muchas veces nos encontramos con que le parece que los ejercicios que se le pide hacer le resultan "demasiado largos", o "aburridos", y por ello no siempre resulta sencillo trabajar con ella.

Para concluir, me gustaría añadir unos matices en líneas generales a los 3 test. Para comenzar, un dato que resulta llamativo es que los 3 alumnos con hipoacusia e implante coclear muestran indicios de presentar ansiedad, y resulta necesario continuar estudiando para poder confirmar o refutar este posible diagnóstico. Además, ninguno de los alumnos que han sido estudiados en este TFG había sido evaluado o propuesto para un posible trastorno de ansiedad, y tras el análisis de los resultados obtenidos se ha podido comprobar que hay 10 alumnos con resultados que presentan indicios para ello. Por esta razón, considero que la ansiedad es algo que en nuestras aulas pasa desapercibido, y que muchas veces no se piensa en ella como trastorno, sino como algo pasajero que no necesita atención ni evaluación y, cuando se trata de esta forma puede convertirse en un grave problema para los alumnos.

8. CONCLUSIONES Y LÍNEAS FUTURAS

Considero que los objetivos que me propuse con el presente TFG han sido cumplidos. Ha sido posible analizar la comorbilidad entre ansiedad infantil y trastornos del lenguaje en la población objeto de estudio, aunque este grupo de población haya sido demasiado pequeño para poder realizar una generalización en los resultados. Además, en la segunda parte de este trabajo ha sido posible analizar los problemas de lenguaje que presentan los alumnos de la población objeto de estudio, así como si presentan ansiedad, o al menos riesgo de padecerla mediante 3 test adaptados a sus edades (PAS, CAS y STAIC).

Antes de realizar esta fase de investigación y análisis, se ha realizado un estudio de la ansiedad, pasando por su definición, causas, (aunque se ha podido comprobar que aún no existe un acuerdo en cuanto a qué causa este trastorno) problemas asociados, (como la depresión) diagnóstico y tratamiento. Del mismo modo, también han sido detallados y explicados los

principales trastornos del lenguaje, previa explicación del concepto de lenguaje. Dentro de esta definición han sido incluidas las bases neuro-anatómicas, así como las anatómico-fisiológicas necesarias para el posible desarrollo lingüístico, las principales teorías respecto a su formación, para concluir con la propia definición de trastornos del lenguaje y sus principales patologías (disartria, afasia, alexia, acalculia, disfasia, retraso del lenguaje, disgrafía, dislexia, disfonía, dislalia, disartria, taquifemia, disfemia, disglosia, trastornos por pérdida auditiva y por discapacidad intelectual). Las patologías en las que más hincapié se ha realizado, han sido en las que están presentes los alumnos que acuden al aula de Audición y Lenguaje (retraso del lenguaje, dislalia, disfemia, trastornos del lenguaje por pérdida auditiva, y trastornos del lenguaje por discapacidad intelectual).

Aunque los resultados obtenidos con los test no puedan considerarse concluyentes para una generalización, por analizar a un grupo de población muy pequeño, considero que con esta primera aproximación a lo que puede presuponer la ansiedad en las aulas pueda haberse abierto una brecha, como germen de estudio para futuros trabajos de investigación que puedan estudiar a grupos más amplios de población y como consecuencia dar resultados más concluyentes. Por ello, con este trabajo se puede comenzar a vislumbrar el impacto que puede llegar a tener la ansiedad en los alumnos que acuden al aula de AL; incluso aun siendo muy pequeños los grupos con los que he trabajado, en todos se presentan como mínimo, señales de alarma para un posible diagnóstico de ansiedad si se continua con una atención más individualizada y enfocada en los mismos. Por todo ello, considero que la continuidad de este TFG podría centrarse en estudiar alumnos de los mismos colegios y edades, pero sin que presenten trastornos del lenguaje. Una vez hecho esto, también sería vital, para afirmar o refutar la comorbilidad entre trastornos del lenguaje y ansiedad, realizar un estudio a una población mayor de alumnos en edad escolar de otros centros con trastornos del lenguaje y analizar los resultados.

ANEXO REGISTRO FONOLÓGICO

De los alumnos que son atendidos en Educación Infantil (3-5 años), se evalúa especialmente a los de 4 para comprobar sus posibles avances, y así justificar su estancia en el aula de Audición y Lenguaje. Esta evaluación se realiza mediante un Registro Fonológico, aplicado en las 3 evaluaciones para poder constatar el progreso de los estudiantes. Los alumnos mencionados a continuación, se correlacionan con los que aparecen en el test PAS.

El sujeto número 4, en la primera evaluación realizada cometía fallos en los fonemas /z/, -/s/, /r/ y /rr/, y durante la segunda evaluación se ha podido observar avance respecto a los fonemas /z/ y /s/, aunque el avance en lo referido a los fonemas /r/ como /rr/ es prácticamente nulo o inexistente.

El sujeto número 7, por su parte, durante la primera evaluación prácticamente omitía en todas las palabras los fonemas /l/ , - /s/, y /r/, y contrariamente al anterior este último fonema es en el que más ha mejorado, aunque también comienza a pronunciar los otros 2 fonemas en repetición, teniendo más dificultades para realizarlo en el lenguaje espontáneo.

El sujeto número 9, comenzó a acudir al aula de Audición y Lenguaje el anterior curso, cuando presentaba grandes problemas con los fonemas /ñ/, /f/, /d/, /j/ y /ch/. Este último fonema lo superó a finales del año pasado, mientras que con el resto de fonemas sigue arrastrando problemas, especialmente en el lenguaje espontáneo, aunque haya mejorado en repetición.

El sujeto número 6, es el que presenta una mayor mejoría. Este alumno también cuenta con el apoyo de un logopeda al que acude en horario extraescolar, y además ha sido intervenido quirúrgicamente por presentar frenillo corto, aunque tiene que volver a repetir esta operación. Este alumno comenzó a acudir al Aula de Audición y Lenguaje el anterior año académico, cuando presentaba problemas con los fonemas /t/, /l/, /r/ y /rr/, habiendo superado las dificultades con todos, excepto con el fonema /rr/, con el que necesita seguir trabajando a pesar de presentar también un gran avance.

El sujeto número 5, es uno de los que más dificultades presenta, teniendo problemas con los fonemas /ñ/, /l/, /d/, /t/, /z/, y además realiza simplificaciones de los fonemas /s/- , /t/ y /z/. Durante este trimestre ha mejorado en cuanto a repetición se refiere, y además comienza a generalizar los fonemas /ñ/ y /d/, y deja de sustituir el fonema /z/ progresivamente.

9. BIBLIOGRAFÍA

Achenbach, T.M. & Edelbrock, C.S. (1983). Manual of child behavior checklist and revised child behavior profile. Burlington: University of Vermont, Department of psychiatry.

Aguledo Vélez, D, et al. (2008) Características de ansiedad y depresión en estudiantes universitarios. Universidad Pontificia Bolivariana de Bucaramanga, Colombia.

American Psychiatric Association (APA) (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.) (DSM-IV), Washington DC: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association. (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4ta ed., texto rev.). Washington, DC.

Ardilla, A. (1983). Psicobiología del lenguaje. Ed Trillas, Mexico.

Armendáriz Cortez, J., (12 de julio de 2013). Trastornos de aprendizaje, Javier Armendariz Cortez, ludoterapia, Universidad Autónoma de Ciudad Juárez. Recuperado el día 3 de junio de 2019 de <https://es.slideshare.net/bambino9/trastornos-de-aprendizaje-javier-armendariz-cortez-ludoterapia-universidad-autonoma-de-ciudad-juarez>.

Asociación Americana de Psiquiatría (2002). DSM-IV-TR. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Edición española. Barcelona: Masson.

Asociación Andaluza de Dislexia (2010). Guía general sobre dislexia. Recuperado de: <http://www.juntadeandalucia.es/educacion/webportal/ishare-servlet/content/6070dc4f-5da3-459d-bb07-4f8eaaa76f9e>.

Austin, J.L. (1962): How to do things with words. Clarendon. Oxford: Oxford press, 619-150.

Averill, J. R., & Lazarus, R. S. (1972). Anticipatory stress and coping reactions under various conditions of uncertainty. *Journal of Personality and Social Psychology*, 24(2), 237-253.

Battaglia M, Ogliari A. (2005) Anxiety and panic: from human studies to animal research and back. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*.;29:169-179.

Becerra, A.M, Madalena, A.C., Estanislau, C., Rodríguez, J.L., Dias, H., Bassi, a., Chagas, D.A. & Morato, S. (2007). Ansiedad y miedo: su valor adaptativo y maladaptaciones. *Revista latinoamericana de psicología*, 39.

Bein, E.S., & Ovcharova, P.A. (1970). Clínica y rehabilitación de las afasias.

Benito Rodríguez de Guzmán, L., (2015). La deficiencia auditiva. Identificación de las Necesidades Educativas Especiales. *Revista Internacional de Apoyo a la Inclusión, Logopedia, Sociedad y Multiculturalidad*. Vol. 1 Número 1. Facultad ciencias de la Educación. Universidad de Granada.

Benton, A.L. (1964). Developmental Aphasia and brain damage. *Cortex*.

Bravo, C. M., & Guzmán, J. I. N. (2015). Psicología evolutiva en educación infantil y primaria. Ediciones Pirámide.

Buela, G., Carretero, H. & De los Santos, M. (2001). Relación entre la depresión infantil y el estilo de respuesta reflexivo-impulsivo. *Salud Mental*, 24 (3), 17-23.

Campo, J.V. & Fritsch, S.L. (1994). Somatization in children and adolescents. Medical college of Pennsylvania, Pittisburgh.

Castaño, J. (2003) Bases neurobiológicas del lenguaje y sus alteraciones. *Rev Neurología*, 36(8), 781-5.

- Castro, M. R. (2015). La ansiedad: estrategias prácticas para manejarla paso a paso. BibliotecaOnline SL.
- Catalán, R. (2000). Factores psicosociales. En Vallejo, J. & Gastó, C. (Eds). Trastornos afectivos: ansiedad y depresión. Barcelona: Masson.
- Cervera-Mérida, J. F., & Ygual-Fernández, A. (2003). Intervención logopédica en los trastornos fonológicos desde el paradigma psicolingüístico del procesamiento del habla. *Rev Neurol*, 36(1), 39-53.
- Clark, L.A. & Watson, D. (1991). Tripartite model of anxiety and depression: psychometric evidence and taxonomic implications. *Journal of abnormal psychology*, 100.
- Cova, F., Maganto, C., y Melipillán, R. (2005). Género, adversidad familiar y síntomas emocionales en preadolescentes. *Psyche*, 14(1), 227-232.
- Diez, C. & Sánchez, L. (2000). Trastornos médicos En J. Vallejo, & C. Gastó, (Eds). Trastornos afectivos: ansiedad y depresión. Barcelona: Masson
- Dupuy L, Losasso A. (2004) Entrevista clínica: algunas herramientas. *Archivos de Medicina Familiar y General*. 1(1):1-15.
- Echeburúa, E. y De Corral, P. (2006). Trastornos de ansiedad en la infancia y la adolescencia. Madrid: Pirámide.
- Esparó, G., Canals, J., Torrente, M., Fernández, J-D. (2004). Psychological problems and associates factors at 6 years of age: differences between sexes. *The spanish journal of psychology*, 7, 53.62.
- Fajardo Uribe L.A., & Moya Prado C (1990). Fundamentos neuropsicológicos del lenguaje.
- Fernández Liria, A., Rodríguez Vega, B. (1997). La perspectiva en psicoterapia: una reflexión desde la práctica pública. *Psicoterapias en el sector público: un marco para la integración*. Madrid.
- Flórez, J. (2005). La atención temprana en el Síndrome de Down: bases neurobiológicas. *Revista Síndrome de Down* 22: 132-142.
- Garmezy, N., Masten, A.S. & Tellegen, A. (1984) The study of stress and competence in children: a building block for developmental psychopathology. Vol. 55, pp 97-111.
- Gassió-Subirachs, R.(2006). Neuropediatría de Trastornos de Aprendizaje Escolar (UTAE). Servicio de Neurología del Hospital Sant Joan de Deu. Barcelona. España.

González, R. A., & Bevilacqua, J. A. Las disartrias. *Rev Hosp Clín Univ Chile*, 23, 299-309. Año 2012.

Gortázar Díaz, M. (2013). Trastornos específicos del desarrollo del lenguaje (TELD).

Gratacòs M., Nadal M., Martín-Santos R., Pujana M.A., Gago J., Peral B et al. (2001). A Polymorphic Genomic Duplication on Human Chromosome 15 Is a Susceptibility Factor for Panic and Phobic Disorders. *Cell*. Vol. 106: 367–379.

Hernández-Guzmán, L., Bermúdez-Ornelas, G., Spence, S., González Montesinos, M.J., Martínez-Guerrero, J.I., Aguilar Villalobos, J. & Gallegos Guajardo, J. (2010). Versión en español de la Escala de Ansiedad para niños de SPENCE. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 42 (1). Año 2010.

Jaques, H. & Masch, E.J. (2004). A test of the tripartite model of anxiety and depression in elementary and high school boys and girls. *Journal of abnormal psychology*, 32.

Lobo, A., Campos, R. (1997) Factores etiopatogénicos. En: Trastornos de ansiedad en atención primaria. Madrid: Editorial EMISA. p.41-76.

López, C et al. (2010). Características y prevalencia de los problemas de ansiedad, depresión y quejas somáticas en una muestra infantil de 8 a 12 años, mediante el CBCL. Pp 325-326. (0212-9728 ed.). España: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Murcia.

López-Ibor, J.J. & Valdés, M. (2004). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DMS-IV-TR-AP Texto revisado. Atención Primaria. Barcelona: Masson.

Macías Martín, E.M., (2010). El alumnado con discapacidad auditiva; conceptos clave, clasificación y necesidades. *Pedagogía Magna*, N°5. Pp. 89-86.

Marie, P. (1906) L'Aphasie de 1861 a 1866. Essai de Critique Historique sur la Genese de la Doctrine de Broca. *Semaine Medicale*, 26, 565-571.

Martín, C. & Navarro, J.I. (2016). Psicología evolutiva en Educación Infantil y Primaria. Cap.4. España.

Méndez, F.X., Olivares, J. & Ros, M.C. (2001). Estado de ánimo depresivo. Características clínicas y tratamiento de la depresión en la infancia y adolescencia. Manual de psicología clínica infantil y del adolescente: trastornos generales. Madrid: Pirámide.

Moreira, M. A. (2003). Lenguaje y aprendizaje significativo. IV Encuentro Internacional sobre Aprendizaje Significativo.

- Moreno, C., Del Barrio, V. & Mestre, V. (1995). Ansiedad y acontecimientos en adolescentes. *Revista latinoamericana de psicología*, 27, 471-496.
- Navarro, M.E. (2004). Depresión en niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Reflexiones*, 83, 107-120.
- Orgilés, M, Méndez X, Espada, J.P., Carballo, J.L., & Piqueras, J.A. (2012). Síntomas de trastornos de ansiedad en niños y adolescentes, diferencias en función de la edad y el sexo en una muestra comunitaria. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*; 5(2): 115-112.
- Orlandini A. (1999), *El estrés, qué es y cómo evitarlo*. Fondo de cultura económica. México.
- Ortega, J. L. G., & Fuentes, A. R. (2005). Atención logopédica al alumnado con dificultades en el lenguaje oral. Ediciones Aljibe.
- Otero, A. (2000). Historia familiar y genética de los trastornos afectivos. En Vallejo, J. & Gastó, C. (Eds.) *Trastornos afectivos: ansiedad y depresión*. Barcelona: Masson
- Penosa Gómez, Patricia (2017). *Ansiedad en Preescolares: Evaluación y Factores Familiares*. (Tesis de Psicología de la Salud). Universidad Miguel Hernández de Elche.
- Rapado Castro, M. (2015). *La ansiedad: estrategias prácticas para manejarla paso a paso*. Biblioteca online y Biblioteca de Salud Mental
- Ríos (2018). El lenguaje: herramienta de reconstrucción del lenguaje. *Razón y Palabra*, 72. Recuperado desde: http://www.razonypalabra.org.mx/N/N72/Varia_72/27_Rios_72.pdf.
- Rivas Torres, R.M & Fernández Fernández, P. (2002). *Dislexia, disortografía y disgrafía*. Ed. Pirámide.
- Rodríguez de Guzmán, Benito. (2015). La deficiencia auditiva. Identificación de las necesidades educativas especiales. Vol 1, nº 15. Universidad de Granada.
- Rodríguez, M. & Martínez, N,C. (2001). Trastorno de ansiedad generalizada y trastorno de pánico en niños y adolescentes. *Manual de psicología clínica infantil y del adolescente: trastornos generales*. Madrid: pirámide.
- Rondal, J. A. Dificultades del lenguaje en el síndrome de Down: Perspectiva a lo largo de la vida y principios de intervención. *Revista Síndrome de Down*, 23(91), 120-128. Año 2006.
- Ruiz Sancho, A. M., (2005). *Trastornos de ansiedad en la infancia y en la adolescencia*. Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid
- Searle, JR (1975). Actos de habla y lingüística reciente. *Anales de la Academia de Ciencias de Nueva York* , 263 (1), 27-38.
- Sierra Torres, M.S. (2009). "Las disglosias". *En innovación y experiencias educativas*, nº 15.

Spence, S.H., Rapee, R., McDonald, C., & Ingram, M. (2001). The structure of anxiety symptoms among preschoolers. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 1293 – 1316

TEA Ediciones, (2011). Publicaciones de Psicología Aplicada; *Serie menor* num. 174. IPAT. Madrid.

Tyrer P, Baldwin D. (1997) Trastornos de ansiedad en atención primaria. Madrid: Editorial EMISA. P.41-76.

Universidad de Valladolid. (s.f.). 19 enero, 2019, de <http://www.uva.es/export/sites/uva/2.docencia/2.01.grados/2.01.02.ofertaformativagrados/2.01.02.01.alfabetica/grado-en-educacion-primaria-va/>

Uribe, L. A. F., & Pardo, C. M. (1999). Fundamentos neuropsicológicos del lenguaje (Vol. 2). Universidad de Salamanca.

Vallés, L. (20 de diciembre de 2011). CAS- cuestionario de ansiedad infantil, Prezi. Recuperado el día 7 de junio de 2019 de <https://prezi.com/fhkefq1a5pda/cas-cuestionario-de-ansiedad-infantil/>.

Vygotski, L. (1979). *El desarrollo de los procesos psicológicos superiores*. Barcelona.

Wicks, R. & Israel, A.C. (1997). Psicopatología del niño y del adolescente. Madrid: Prentice Hall.