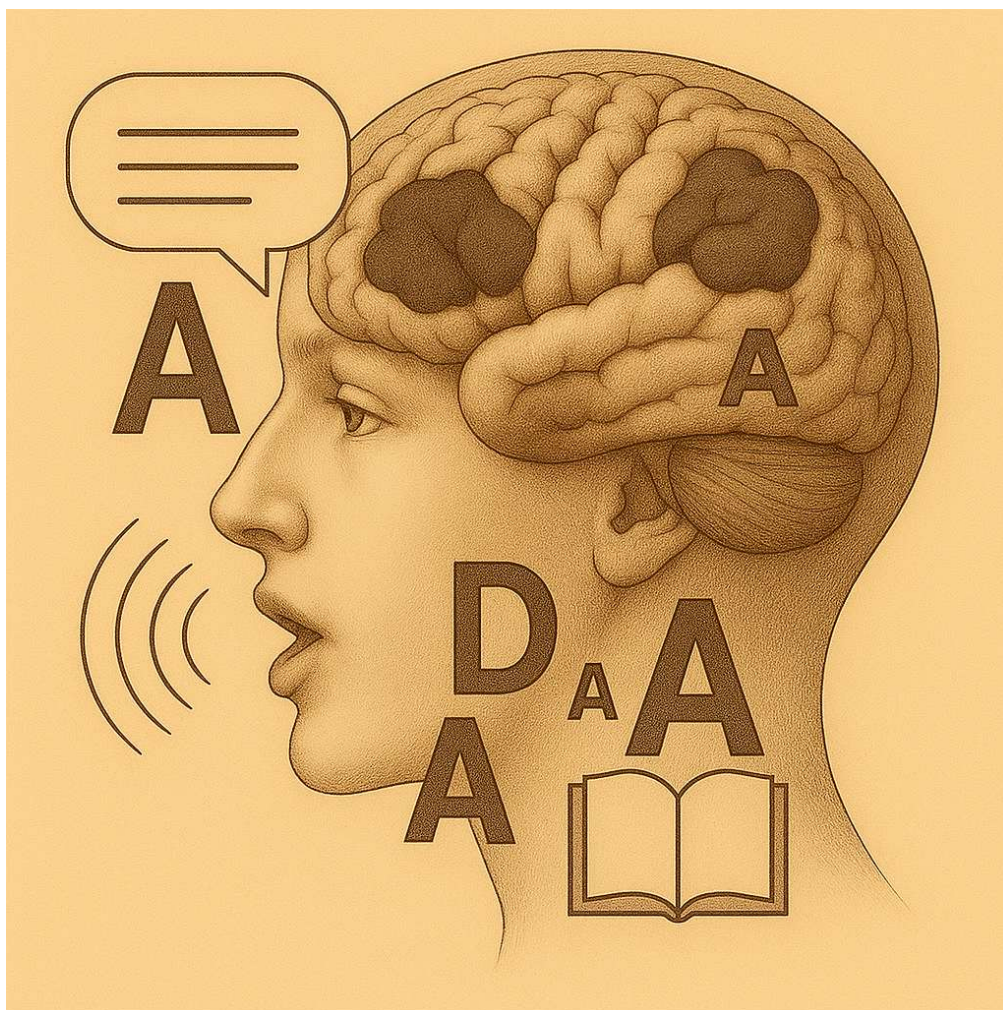




Psicopatología del lenguaje

Fundamentos para la formación en Logopedia

Una guía clara y sencilla sobre los principales trastornos del lenguaje desde una perspectiva neurocognitiva y logopédica.

José A. Adrián · José M. Caramés

© UMA Editorial. Universidad de Málaga
Bulevar Louis Pasteur, 30 (Campus de Teatinos) - 29071
Málaga www.umaeditorial.uma.es

© Los autores

Diseño y maquetación: Los autores

ISBN: 978-84-1335-453-8

Publicado en noviembre de 2025.



Esta obra está sujeta a una licencia Creative Commons:
Reconocimiento - No comercial - (cc-by-nc):
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.es>
Esta licencia permite a los reutilizadores distribuir,
remezclar, adaptar y desarrollar el material en cualquier
medio o formato únicamente con fines no comerciales y
siempre que se otorgue la atribución al creador.

Presentación

Este manual de *Psicopatología del Lenguaje* nace de la necesidad de ofrecer a los estudiantes de logopedia un recurso claro, sistemático y didáctico para comprender los principales trastornos del lenguaje y del habla. Su propósito es servir de guía en una materia fundamental dentro de la formación del logopeda, donde se combinan el rigor científico, la perspectiva clínica y la orientación práctica.

La clasificación y el estudio de los trastornos del lenguaje constituyen el eje central de la disciplina: permiten al futuro profesional identificar alteraciones, establecer diagnósticos diferenciales y diseñar intervenciones ajustadas a cada caso. Este manual busca facilitar esa tarea, ofreciendo un recorrido progresivo que integra bases conceptuales, modelos explicativos y pautas de evaluación e intervención.

El texto está dirigido principalmente a los estudiantes del Grado de Logopedia, pero también puede resultar útil a profesionales en activo que deseen revisar conceptos, preparar tareas clínicas o formativas, o encontrar ejemplos aplicados que iluminen su práctica diaria.

El estilo adoptado responde a un criterio didáctico: se combinan explicaciones teóricas con tablas comparativas, cuadros, viñetas clínicas, actividades de reflexión y resúmenes al final de cada capítulo, para favorecer la asimilación de contenidos y el vínculo con la práctica profesional.

En algunas viñetas clínicas se emplean iconos como apoyo visual. Esta elección responde a un criterio didáctico y clínico: reflejar la importancia de los recursos icónicos en la intervención logopédica no verbal, especialmente en pacientes con dificultades para comunicarse mediante el lenguaje oral convencional (afasias, demencias, TEA).

Este manual es también fruto de la docencia compartida y de la experiencia acumulada en la enseñanza universitaria. Queremos expresar nuestro agradecimiento a colegas como Juan José Buiza, cuya participación en la docencia en años precedentes y en la reflexión académica ha contribuido a perfilar algunos apartados de este texto, y reconocer la labor pionera de maestros como Jorge Perelló o Jesús Málaga, verdaderos precursores en el estudio de la psicopatología del lenguaje en nuestro país. Su legado intelectual y docente ha sido un referente imprescindible para quienes nos hemos dedicado a esta disciplina.

Con esta obra esperamos contribuir a la formación de logopedas capaces de integrar el conocimiento científico y la práctica clínica, con la convicción de que el estudio del lenguaje en su fragilidad ilumina también su extraordinaria riqueza como facultad humana.

Los autores

Málaga, noviembre de 2025

Introducción

La logopedia como disciplina

0.1. ¿Qué es la logopedia?

La logopedia es una disciplina científica y sanitaria que se ocupa de la prevención, evaluación, diagnóstico e intervención en los trastornos de la comunicación humana, el lenguaje (oral y escrito), el habla, la voz, la audición y las funciones orofaciales, incluida la deglución.

Aunque muchas veces se asocia la logopedia con el «enseñar a hablar bien», su campo es mucho más amplio: trabaja con bebés con dificultades en la alimentación, niños con retraso del lenguaje, escolares con dislexia, adultos con trastornos neurológicos como la afasia tras un ictus, o personas mayores con problemas de deglución en el contexto de enfermedades degenerativas o traumatismos craneoencefálicos.

Lenguaje, habla, lengua y voz: conceptos clave

Es fundamental distinguir entre estos cuatro términos, que a menudo se confunden:

- **Lenguaje:** capacidad cognitiva y simbólica universal, que permite la representación y comunicación. Es una facultad humana.
- **Lengua:** sistema estructurado de signos y reglas compartidas por una comunidad lingüística. Ejemplo: español, francés, lengua de signos.
- **Habla:** realización concreta y particular del lenguaje por parte de una persona en un momento dado. Afectada por variables neuromotoras, sociales y personales.
- **Voz:** sonido producido por la vibración de las cuerdas vocales, modulado por la respiración, resonancia y articulación.

► La logopedia interviene en alteraciones de todos estos niveles, pero en este manual nos centraremos en los trastornos que afectan especialmente al **lenguaje** y al **habla**, tanto en su desarrollo como en su pérdida o disfunción.

Denominaciones internacionales de la logopedia

En distintos países, la logopedia recibe denominaciones diversas que reflejan tradiciones profesionales y marcos institucionales distintos:

- En **Francia** se emplea el término *orthophonie*.
- En **Bélgica** coexisten las denominaciones *orthophonie* (en la región francófona) y *logopedie* (en la región neerlandófona).
- En **Italia**, *logopedia*.
- En el **Reino Unido**, *speech and language therapy*.
- En **Estados Unidos y Canadá**, *speech-language pathology (SLP)*; el profesional es el *speech-language pathologist*, denominación promovida por la **ASHA** (*American Speech-Language-Hearing Association*).

En la **América Hispana**, la denominación más extendida es **fonoaudiología**, presente en países como Argentina, Chile, Colombia o Perú, mientras que **en México y otros contextos** se habla de **terapia de lenguaje**.

Estas diferencias terminológicas **no implican divergencias sustanciales** en los objetivos de la disciplina: prevenir, evaluar y tratar los trastornos de la comunicación humana, del lenguaje, del habla, de la voz, de la audición y de las funciones orofaciales, incluida la deglución.

0.2. Evolución histórica de la logopedia en España

La historia de la logopedia en España tiene raíces profundas en el ámbito de la educación especial y la atención a personas con sordera o dificultades del habla. Ya en los siglos XVIII y XIX se documenta la presencia de «maestros de sordos» en instituciones religiosas, benéficas o particulares, que aplicaban métodos inspirados en el modelo oralista del *abate de l'Épée* en Francia o de Pedro Ponce de León en España. La instrucción se centraba en la articulación, la lectura labial y el aprendizaje de la escritura como vías de inserción social.

Durante gran parte del siglo XX, y especialmente en el período franquista, el papel del logopeda se vinculó casi exclusivamente al entorno escolar, bajo una visión psicopedagógica de las dificultades de aprendizaje. No existía una formación universitaria regulada ni una estructura sanitaria definida. La intervención logopédica era más intuitiva que científica, y se llevaba a cabo en centros de educación especial o gabinetes privados, sin una legislación que amparase el ejercicio profesional.

Un momento de especial visibilidad social se produjo en 1974, cuando el general Franco, ya en sus últimos años de vida y afectado por una enfermedad de Parkinson, fue tratado logopédicamente en el Palacio del Pardo por el doctor José López Táppero, jefe del Servicio de Foniatría y Logopedia del Hospital La Paz. Este episodio, aunque anecdótico, supuso un punto de inflexión: por primera vez, la logopedia y la foniatría aparecían mencionadas en medios de comunicación nacionales, generando un incipiente reconocimiento social de estas disciplinas.

A partir de los años 70, se inicia una transformación profunda gracias al impulso de profesionales pioneros que comprendieron la necesidad de integrar la logopedia en un modelo clínico-docente más sólido. Uno de los hitos fundamentales fue la experiencia liderada por el doctor Jesús Málaga en la Universidad Pontificia de Salamanca. Médico foniatra, psicólogo, político y profesor universitario, Málaga promovió desde su cátedra de Psicopatología del Lenguaje un modelo de atención e investigación en el que convergían la clínica real, la formación universitaria y el trabajo interdisciplinar.

En Salamanca se constituyó una de las primeras unidades clínicas universitarias especializadas en foniatría, logopedia y audiología infantil, con equipos compuestos por logopedas, foniatras, psicólogos, musicoterapeutas y expertos en lenguaje. Esta unidad ofrecía atención directa a pacientes con dislalias, afasias, trastornos del desarrollo, dislexias y patologías neurológicas, y a la vez servía como entorno formativo para alumnos de distintas titulaciones universitarias y de títulos propios en logopedia y foniatría. Desde allí se impulsaron iniciativas innovadoras como el Máster en Rehabilitación del Lenguaje y los primeros proyectos de investigación aplicada.

Durante los años 90, se institucionalizó en España la **Diplomatura en Logopedia**, como titulación oficial de tres años, integrada habitualmente en facultades de psicología o educación. Más tarde, con la implantación del Espacio Europeo de Educación Superior (EEES), esta se transformó en el actual **Grado de Logopedia de 240 créditos**, consolidando el perfil profesional del logopeda como agente sanitario y educativo, con competencias en evaluación, diagnóstico e intervención de los trastornos de la comunicación humana.

Hoy, la logopedia es una profesión regulada y reconocida legalmente. Existen más de **30 universidades españolas que imparten el Grado de Logopedia**, entre públicas y privadas, y múltiples programas de posgrado y especialización clínica. El logopeda trabaja en hospitales, centros escolares, unidades de daño cerebral, residencias de mayores, conservatorios, medios de comunicación, concursos de televisión o servicios sociales.

En los últimos años, se ha consolidado también la figura del **logopeda especializado en voz profesional**, especialmente en el ámbito del canto y la locución. Profesores de canto, artistas escénicos y entrenadores vocales recurren cada vez más a la logopedia y la foniatría para optimizar el rendimiento vocal, prevenir disfonías y tratar alteraciones funcionales asociadas al uso intensivo de la voz.

La profesión sigue evolucionando hacia la integración de nuevas tecnologías (teleasistencia, inteligencia artificial, estimulación auditiva y cortical), y la atención a nuevos colectivos, como personas con enfermedades neurodegenerativas, trastornos del espectro autista o dificultades comunicativas asociadas al envejecimiento.

Esta evolución ha sido posible gracias al impulso de muchos profesionales, docentes y clínicos que, como Jesús Málaga y otros pioneros, supieron ver en la logopedia no solo una herramienta reeducativa, sino una **ciencia de la comunicación humana con base clínica y vocación integradora**.

A lo largo de las últimas décadas, la figura del logopeda ha ampliado su campo de actuación más allá del entorno clínico o escolar tradicional. Hoy en día, su intervención se extiende a **ámbitos artísticos, sociales y tecnológicos**, en respuesta a las nuevas necesidades de la población y a los avances en las ciencias del lenguaje. La siguiente tabla resume los principales **ámbitos de inserción profesional**, con ejemplos representativos de contextos donde el logopeda desarrolla su actividad.

 **Tabla 0.1. Ámbitos de inserción profesional del logopeda**

Ámbito profesional	Ejemplos de intervención logopédica
Clínico-Sanitario	Hospitales, unidades de daño cerebral, rehabilitación neurológica, logopedia hospitalaria infantil y geriátrica.
Educativo	Centros escolares, atención temprana, logopedia en dificultades de aprendizaje, TEL/TDL y dislexia.
Artístico y vocal	Conservatorios, entrenamiento vocal para cantantes, actores, locutores, concursos televisivos.
Social y comunitario	Residencias de mayores, servicios sociales, asociaciones de pacientes, intervención en envejecimiento.
Tecnológico y emergente	Telelogopedia, uso de IA, estimulación auditiva, neurotecnologías aplicadas al lenguaje.

0.3. Sentido de la psicopatología del lenguaje en el Grado de Logopedia

La logopedia es una profesión reconocida oficialmente como sanitaria y educativa. Su marco legal en España se fundamenta en el Real Decreto 1277/2003 y en la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS, 2003), que define al logopeda como el profesional que previene, evalúa y trata los trastornos de la audición, la fonación y del lenguaje. Internacionalmente, entidades como el **CPLLOL** (*Comité Permanent de Liaison des Orthophonistes-Logopèdes de l'Union Européenne*) o la **ASHA** (*American Speech-Language-Hearing Association*) han contribuido a definir su perfil técnico y humano, destacando su papel en equipos interdisciplinares.

El Grado de Logopedia, diseñado dentro del Espacio Europeo de Educación Superior, comprende una formación de **cuatro cursos académicos** (240 créditos ECTS), en los que se incluyen competencias fundamentales como:

1. **La evaluación y diagnóstico de los trastornos del lenguaje, habla, voz, audición y funciones orofaciales.**
2. **La aplicación de técnicas de intervención logopédica.**
3. **El trabajo en entornos o ámbitos sanitarios, educativos y sociales.**
4. **El compromiso ético, deontológico y profesional.**

Dentro de este marco, la psicopatología del lenguaje forma parte del módulo común «Alteraciones y Trastornos», y constituye una base teórica esencial para la comprensión de los trastornos del lenguaje, especialmente aquellos de naturaleza funcional y evolutiva, aunque también se abordan algunos de base neurológica u orgánica, como la afasia, la disartria o la disglosia.

Su propósito no es ofrecer una clasificación médica cerrada, sino entrenar al estudiante en el análisis clínico de las alteraciones del lenguaje, atendiendo a los síntomas, los mecanismos alterados, los perfiles lingüísticos y las necesidades de diagnóstico e intervención en el contexto apropiado. Se adopta una perspectiva evolutiva y dentro del proceso de comunicación, que permite al futuro logopeda comprender la naturaleza compleja de estos trastornos y orientar su intervención con criterio.

La psicopatología del lenguaje conecta directamente con otras materias del Grado como Lingüística Clínica, Neuropsicología del Lenguaje, Evaluación del Lenguaje o las asignaturas de intervención logopédica.

■ **Téchhné y Epistémē en la psicopatología del lenguaje**

Desde sus raíces clásicas, la práctica clínica ha oscilado entre el saber técnico (*téchhné*) y el saber científico o teórico (*epistémē*).

- *Téchhné* hace referencia al conocimiento práctico, basado en la experiencia, la pericia y la intervención directa.
- *Epistémē* alude al conocimiento sistemático, fundado en la investigación, la observación y el análisis racional.

En logopedia, y especialmente en el estudio de la psicopatología del lenguaje, **ambos saberes deben integrarse**: el clínico necesita tanto habilidades técnicas de intervención como una comprensión profunda de los procesos cognitivos, lingüísticos y neurológicos que los sustentan.

► Esta materia busca precisamente entrenar esa doble mirada: científica y terapéutica, rigurosa y humana.

0.4. Delimitación del enfoque del área de estudio

Este manual se centra en los **trastornos del lenguaje y del habla**, desde una perspectiva neuropsicológica y logopédica. Su objetivo principal es ofrecer al estudiante una base clara para el análisis de las alteraciones del lenguaje como función simbólica, abordando su impacto en la comunicación, la cognición y el desarrollo.

El enfoque adoptado responde a un criterio **funcional, clínico y didáctico**. Por ello, se abordan prioritariamente los siguientes tipos de trastornos:

- **Trastornos del desarrollo del lenguaje y el habla** (de origen funcional u orgánico), frecuentes en la población infantil y con importantes repercusiones en su desarrollo cognitivo y comunicativo.
- **Trastornos del aprendizaje del lenguaje escrito**, como la dislexia evolutiva, que afectan el acceso a la lengua escrita desde etapas tempranas.
- **Trastornos neurológicos adquiridos**, como las afasias, las disartrias y la alexia, que se manifiestan especialmente en el adulto, pero con consecuencias funcionales también relevantes en la infancia.

- **Trastornos motores del habla**, como la apraxia del habla o la disartria, analizados desde el control neuromuscular y su impacto expresivo.
- **Alteraciones perceptivas y agnósicas específicas**, como la amusia, que — aunque escasamente abordadas en la bibliografía clásica— constituyen manifestaciones clínicas relevantes del daño cerebral, y pueden presentarse tanto de forma aislada como asociadas a trastornos del lenguaje, como la afasia.

Quedan deliberadamente **fuera del ámbito de este manual** algunas entidades clínicas cuya etiología, mecanismos primarios o abordaje terapéutico se sitúan al margen del núcleo simbólico-lingüístico del lenguaje. Esta exclusión no significa que en la práctica logopédica no se empleen técnicas comunes a otros trastornos —por ejemplo, estrategias de respiración, emisión o impostación de la voz aplicadas en casos de dislalia o de habla precipitada con imprecisión articulatoria—, sino que responde a un criterio de delimitación académica, con el fin de evitar la dispersión conceptual.

En concreto, no se abordan aquí de manera central:

- **Los trastornos de la voz** (disfonías, fonastenia, fatiga vocal), que obedecen principalmente a alteraciones anatómicas o funcionales de la fonación y cuya atención corresponde a la foniatría o a materias centradas en la fisiología vocal.
- **Las alteraciones auditivas** (hipoacusia, sordera), que, aunque condicionan el desarrollo lingüístico, se consideran trastornos de la entrada sensorial. Su estudio y tratamiento (prótesis, implantes, sistemas alternativos de comunicación) se desarrollan en otras asignaturas específicas del plan de estudios.
- **Los trastornos de base psicopatológica general** (esquizofrenia, mutismo selectivo, demencias), que afectan al lenguaje de forma secundaria y requieren un abordaje desde la psicología clínica o la psiquiatría, con un enfoque interdisciplinar.
- **Los trastornos con marcado componente emocional y conductual**, como la disfemia (tartamudez), que se mencionan de manera tangencial, pero no se analizan en detalle, ya que exceden el marco funcional y evolutivo del lenguaje como sistema estructurado.

Este manual, por tanto, no aspira a ser un compendio exhaustivo de todas las patologías de la comunicación humana, sino una guía formativa centrada en los **procesos lingüísticos y neuromotores implicados en la producción y comprensión del lenguaje oral y escrito**, con especial atención a los mecanismos alterados y a las estrategias de evaluación e intervención logopédica.

0.5. Estructura del manual y organización temática

Este manual ha sido diseñado con un enfoque didáctico, progresivo y clínicamente relevante. Los contenidos se estructuran en torno a los principales **trastornos del lenguaje y del habla**, agrupados según criterios funcionales, evolutivos o neurológicos. Cada capítulo desarrolla los conceptos teóricos fundamentales, acompañados de ejemplos, viñetas clínicas, esquemas comparativos y actividades de reflexión, con el objetivo de consolidar el aprendizaje y favorecer la futura práctica profesional.

A lo largo de los capítulos, el lector encontrará estos iconos más frecuentes:

-  **Conceptos clave** definidos con precisión.
-  **Perspectivas neuropsicológicas y funcionales.**
-  **Tablas y cuadros comparativos.**
-  **Textos explicativos y notas clínicas.**
-  **Viñetas clínicas ilustrativas.**
-  **Síntesis y actividades de reflexión** al final de cada unidad.

El manual se inicia con el estudio de los **trastornos del desarrollo del lenguaje** (TEL/TDL) **y del habla** (dislalias funcionales y orgánicas), se extiende después a los **trastornos del aprendizaje escrito** (dislexia), a los **trastornos adquiridos del lenguaje** (afasias, alexias) y a los **trastornos motores del habla** (disartrias, apraxias), y culmina con fenómenos menos tratados por la mayoría de los manuales académicos, pero clínicamente relevantes, como la **amusia**.

Este recorrido permitirá al estudiante adquirir una **visión estructurada, funcional y aplicada** de la psicopatología del lenguaje, que servirá como base para una intervención logopédica informada, ética y eficaz.

Además, en algunas viñetas específicas o clínicas se emplean iconos complementarios ( ,  ,  ,  ,  ...), que refuerzan aspectos formativos particulares o específicos de la evaluación o de la intervención. Su finalidad es didáctica y clínica, en paralelo al uso de apoyos visuales en la práctica logopédica.

Capítulo 1

Introducción a la psicopatología del lenguaje: fundamentos clínicos y científicos

1.1. ¿Qué es el lenguaje humano?

El **lenguaje** es una capacidad específicamente humana que permite representar, comunicar y simbolizar pensamientos, emociones y conocimientos. A través del lenguaje, los seres humanos no solo se relacionan con los demás, sino que también estructuran su pensamiento y su experiencia del mundo.

Desde un punto de vista funcional, el lenguaje puede presentarse en diferentes **modalidades**:

- **Lenguaje oral**: basado en sonidos articulados, es la forma más primaria y extendida.
- **Lenguaje escrito**: modalidad gráfica que requiere aprendizaje formal y permite la transmisión diferida del conocimiento.
- **Lenguaje gestual o viso-gestual**: como en las lenguas de signos, que constituyen sistemas lingüísticos completos, con gramática y vocabulario propios. Se expresan principalmente mediante los movimientos de las manos, acompañados de la expresión facial, la orientación corporal y la mirada, y se perciben a través de la visión.

El lenguaje no es solo hablar. Es una función cognitiva compleja que permite comunicar, organizar el pensamiento, aprender, recordar, regular emociones y establecer vínculos sociales. Está presente en todas las etapas de la vida y en todas las esferas de la experiencia humana.

1.2. Funciones del lenguaje: diferentes orientaciones

La clasificación de las funciones del lenguaje varía en función de la perspectiva teórica adoptada.

Desde la **lingüística estructural**, Jakobson (1960) identificó seis funciones fundamentales que se corresponden con los distintos elementos del proceso comunicativo: la función expresiva o emotiva, centrada en el hablante; la apelativa o conativa, orientada al destinatario; la referencial o representativa, vinculada al contenido del mensaje; la fática, que asegura la continuidad del canal comunicativo; la metalingüística, referida al propio código; y la poética, que resalta la forma del mensaje. Esta propuesta ha sido la más difundida en manuales de lingüística general.

En un marco diferente, la **lingüística sistémico-funcional** de Halliday (1975) describió el lenguaje como un recurso social y pragmático, especialmente en el contexto del

desarrollo infantil. En este enfoque, se distinguen funciones como la instrumental (de demanda y satisfacción de necesidades), la reguladora (influencia sobre la conducta de otros), la interaccional (mantenimiento de vínculos sociales), la personal (expresión de la identidad y las emociones), la heurística (exploración y aprendizaje), la imaginativa (creación de mundos posibles) y la representacional (transmisión de información y conocimientos).

Por último, desde la **psicología cognitiva**, el interés se desplaza de la comunicación a los procesos mentales. El lenguaje se concibe aquí como una herramienta para la estructuración del pensamiento, la memoria, la planificación de la acción y la abstracción conceptual, subrayando así su papel en la organización y regulación de la actividad cognitiva.

En conjunto, estas perspectivas ponen de relieve que el lenguaje cumple funciones comunicativas, sociales y cognitivas que se entrelazan de manera inseparable. Ninguna de estas taxonomías, por sí sola, logra dar cuenta de la complejidad funcional del lenguaje, pero su consideración conjunta permite comprender mejor la diversidad de fines a los que sirve esta capacidad específicamente humana.

En la práctica clínica suele utilizarse una **versión operativa y simplificada de estas funciones**, centrada en lo expresivo, lo regulador, lo cognitivo, lo interactivo y lo metalingüístico. Este enfoque facilita la observación y la intervención, aunque siempre debe entenderse como una adaptación de los marcos teóricos más amplios. Por ejemplo, un niño con buen vocabulario, pero sin iniciativa para iniciar conversaciones puede mostrar una alteración en la función interactiva, mientras que un paciente con afasia que no logra corregir sus propios errores presenta dificultades en la función metalingüística.

1.3. Propiedades del lenguaje humano

A diferencia de los sistemas de comunicación animal, el lenguaje humano posee propiedades que lo convierten en una facultad simbólica y creativa única. Estas son algunas de sus características distintivas:

-  **Doble articulación:** según Martinet (1960), combina sonidos mínimos (fonemas) en unidades significativas (morfemas, palabras), y estas en frases y oraciones. Lo que permite una economía combinatoria muy potente.
- Algunos autores han propuesto, además, la existencia de una triple articulación del lenguaje. Este nivel se situaría por debajo del fonema y correspondería a los rasgos distintivos (por ejemplo, [+voz], [+nasal], [+continuo]), que constituyen las unidades fonológicas más elementales. Aunque esta ampliación subraya el carácter analizable de los fonemas en componentes aún más simples, no ha alcanzado el mismo grado de consenso ni de difusión que la formulación clásica de Martinet sobre la doble articulación.

-  **Desplazamiento:** se puede hablar de eventos **no presentes** en el aquí y ahora (pasado, futuro, imaginado, ficticio...).
-  **Creatividad:** los hablantes pueden **producir y comprender infinitas oraciones nuevas**, incluso si nunca las han oído antes.
-  **Reflexividad:** el lenguaje permite **hablar sobre sí mismo**, analizarlo, corregirlo o jugar con él.
-  **Transmisión cultural:** se **aprende** en contacto con otros, no está completamente codificado de forma genética. Cada lengua refleja una historia, una comunidad y un sistema simbólico compartido.

1.4. Dimensiones del lenguaje en el análisis clínico

En la práctica clínica, el lenguaje se analiza en distintos niveles o dimensiones, que pueden alterarse de forma independiente o conjunta (tabla 1.1).

 **Tabla 1.1. Dimensiones clínicas del lenguaje.** Para analizar el lenguaje en el ámbito clínico, se suele descomponer en varios niveles o dimensiones, que pueden alterarse de forma independiente o conjunta:

Nivel	Contenido	Ejemplos de alteraciones
Fonético-fonológico	Sonidos, organización de fonemas, reglas de combinación	Omisiones, sustituciones, dislalias, trastornos fonológicos
Morfosintáctico	Gramática, estructura de oraciones, uso de morfemas	Frases mal construidas, errores verbales, falta de concordancia
Semántico	Significado de palabras, vocabulario, categorías léxicas	Léxico pobre, uso de palabras genéricas, dificultades en la comprensión
Pragmático	Uso del lenguaje en contexto, interacción, intención comunicativa	Dificultades en turnos de habla, lenguaje desajustado al interlocutor
Prosódico	Entonación, ritmo, énfasis	Habla monótona, irregular, sin modulación emocional

Comprender estos niveles ayuda al logopeda a **evaluar** con precisión y **planificar objetivos** concretos de intervención.

Viñeta clínica: Pablo, 4 años

Pablo pronuncia correctamente la mayoría de los sonidos del lenguaje y tiene un vocabulario aceptable para su edad. Sin embargo, sus oraciones y frases son muy cortas y desordenadas: «mamá coche parque», «yo leche quiero». No utiliza artículos ni conectores. La evaluación logopédica revela una alteración morfosintáctica significativa. Este caso ilustra cómo el análisis por niveles lingüísticos permite identificar qué componente está alterado, incluso cuando otros (como la fonología o la semántica) están preservados. Esto orienta la intervención hacia objetivos gramaticales, no fonológicos ni léxicos (vocabulario).

1.5. ¿Qué es la psicopatología del lenguaje?

La psicopatología del lenguaje es la disciplina que estudia las alteraciones en la adquisición, desarrollo y uso del lenguaje humano, tanto en su modalidad oral como escrita, desde una perspectiva clínica, cognitiva y neurofuncional.

No se centra en cómo debería funcionar el lenguaje en condiciones ideales, sino en lo que ocurre cuando esa función se ve comprometida por causas orgánicas (neurológicas, estructurales) o funcionales (evolutivas, psicológicas o desconocidas). Su objetivo es describir, clasificar y comprender estos trastornos, evaluando sus causas, manifestaciones y posibilidades de intervención.

En términos generales, los trastornos del lenguaje pueden presentarse como **evolutivos** (cuando afectan al desarrollo desde etapas tempranas) o **adquiridos** (cuando surgen tras una lesión en un sistema previamente desarrollado), y pueden ser de naturaleza **funcional** (sin evidencia clara de daño cerebral) u **orgánica o neurológica** (cuando existe una lesión estructural demostrable). Estos criterios de clasificación se desarrollarán con detalle en el Capítulo 4.

1.6. La psicopatología del lenguaje en el marco de la formación logopédica

En el Grado de Logopedia, esta materia introduce al estudiante en los fundamentos del estudio clínico del lenguaje. No basta con saber qué trastornos existen: es fundamental comprender su origen, su impacto funcional y cómo abordarlos profesionalmente.

Como señalan Ramos, Contador y Adrián (2024), la psicopatología del lenguaje ofrece las claves para que el futuro logopeda actúe con rigor y responsabilidad, desde una perspectiva científica y ética.

Los objetivos de esta formación se agrupan en tres bloques:

1. **Conocimiento teórico o epistemológico** de los modelos y descripciones de los trastornos.
2. **Capacidad de observación y análisis clínico.**
3. **Actitud ética y profesional**, orientada a la mejora de la calidad de vida de los pacientes.

En este marco formativo resulta esencial recordar que el lenguaje debe entenderse desde una perspectiva integradora, que considere tanto su base biológica como su dimensión social.

1.7. Lenguaje entre lo biológico y lo social

El lenguaje es una capacidad biológica, innata y universal, pero también un fenómeno profundamente influido por el entorno. El ser humano nace con una predisposición genética para el lenguaje, pero necesita de la estimulación adecuada —lo que autores como Vygotski o Bruner denominaron «*andamiaje*»— para que esta capacidad se desarrolle plenamente. De ahí que los trastornos del lenguaje no puedan explicarse

únicamente por causas médicas o ambientales: suelen surgir de la interacción entre predisposición biológica, desarrollo neurológico y calidad del entorno comunicativo.

1.8. Breve historia de la psicopatología del lenguaje

La preocupación por los trastornos del lenguaje ha acompañado a la humanidad desde la Antigüedad, aunque solo en los últimos siglos ha cristalizado en una disciplina científica con fundamentos neurológicos, cognitivos y clínicos. Esta sección ofrece una panorámica sintética de los hitos más relevantes en la evolución histórica de la psicopatología del lenguaje.

De la Antigüedad al Renacimiento

- **Egipto (siglo XVII a.C.):** el *Papiro de Edwin Smith* describe un caso de pérdida del habla tras un traumatismo craneal, probablemente una afasia. Se trata del primer documento médico que vincula lenguaje y cerebro.
- **Grecia clásica:** Hipócrates y Aristóteles reflexionaron sobre las capacidades mentales y las facultades del alma, aunque sin una localización cerebral clara.
- **Roma:** Galeno propone una visión funcional del cerebro y distingue entre diferentes tipos de alteraciones del lenguaje.
- **Edad Media:** autores como Avicena, Averroes o Maimónides mantienen y traducen el saber médico grecorromano, pero no se desarrollan modelos específicos sobre lenguaje.

Del siglo XVI al XIX: localizacionismo y clínica

- **Renacimiento:** Andrés Vesalio moderniza la anatomía cerebral; Juan Huarte de San Juan analiza la «ingeniosidad» como capacidad diferencial, anticipando una visión neuropsicológica de las aptitudes.
- **Siglo XIX:** con Paul Broca (1861) y Carl Wernicke (1874) nace el modelo **localizacionista** del lenguaje. Se identifican por primera vez áreas cerebrales específicas vinculadas con la producción y comprensión verbal.
- John Hughlings Jackson y Ludwig W. Lichtheim amplían el modelo con propuestas más funcionales e integradoras.

Siglo XX: guerras, neuropsicología y logopedia

- Las **guerras mundiales** provocan un incremento de casos de afasias traumáticas, lo que impulsa el desarrollo de la evaluación y rehabilitación del lenguaje.
- Surge la **neuropsicología clínica** con figuras como Alexander R. Luria, que propone un enfoque funcional y dinámico del cerebro.
- Nace la **logopedia como disciplina profesional**, inicialmente desde la foniatría y con orientación médica y educativa.

Siglo XXI: neuroimagen y enfoque integrador

- Las técnicas de neuroimagen funcional (fMRI, PET, DTI), junto con el registro electroencefalográfico (EEG) y el estudio de los potenciales evocados

(PEs/ERP), han permitido analizar en tiempo real la activación cerebral asociada al lenguaje, mostrando que este se sustenta en redes funcionales distribuidas más que en áreas aisladas. Se acumulan pruebas sobre la plasticidad cerebral, incluso en la edad adulta, lo que abre nuevas perspectivas para la reorganización funcional tras lesiones y para el aprendizaje a lo largo de la vida.

✦ Las técnicas de neuroimagen (fMRI, PET, DTI) tienen alta resolución espacial y permiten localizar con precisión las áreas cerebrales que se activan en el lenguaje. En cambio, el EEG y los potenciales evocados (PEs/ERP) ofrecen alta resolución temporal, registrando la actividad en milisegundos, lo que resulta fundamental para el estudio de procesamiento extremadamente rápidos, como la percepción fonológica o la integración semántica. La combinación de ambos enfoques ha sido decisiva para comprender el lenguaje como una función sustentada en redes cerebrales dinámicas. La psicopatología del lenguaje se consolida como un campo interdisciplinar, en la intersección entre la neurología, la lingüística, la psicología cognitiva y la intervención logopédica, con un creciente apoyo en modelos de redes cerebrales y enfoques integradores.

 **Tabla 1.2. Resumen de la cronología de los hitos clave en la historia de la psicopatología del lenguaje**

Época	Acontecimiento relevante
Egipto antiguo	Papiro de Edwin Smith: caso de afasia traumática
Grecia y Roma	Reflexiones sobre lenguaje y mente (Hipócrates, Galeno)
Edad Media	Conservación del saber médico clásico (Avicena, Averroes)
Renacimiento	Vesalio y la anatomía cerebral; Huarte de San Juan
Siglo XIX	Broca y Wernicke: inicio del localizacionismo
Siglo XX	Desarrollo de la neuropsicología clínica y la logopedia
Siglo XXI	Neuroimagen, plasticidad, enfoque interdisciplinar

1.9. Fundamentos del conocimiento psicopatológico del lenguaje

Para abordar de forma efectiva el estudio de los trastornos del lenguaje, se requiere una base tanto multidisciplinar —con la participación de diferentes campos del conocimiento— como interdisciplinar, mediante la colaboración e integración de sus aportaciones en un marco común. Cuatro pilares fundamentales sustentan esta área:

- 1. Desarrollo cognitivo y lingüístico:** comprender cómo se adquiere el lenguaje permite reconocer desviaciones del desarrollo típico.
- 2. Estructura del código lingüístico:** el análisis de la lengua permite detectar y clasificar errores lingüísticos (Crystal, 1993).
- 3. Mecanismos fisiológicos del habla y la deglución:** el conocimiento de la anatomía y fisiología implicada en la producción oral es esencial en casos de alteración motora o estructural.

4. **Procesamiento neurológico del lenguaje:** estudia cómo el cerebro procesa, produce y comprende el lenguaje, lo cual es clave en trastornos neurológicos del habla y la comunicación (Ramos et al., 2024).

1.10. Perspectivas de estudio

El abordaje de la psicopatología del lenguaje puede hacerse desde dos perspectivas complementarias:

- a) **Clínica:** centrada en la evaluación, diagnóstico e intervención.
- b) **Investigadora:** busca explicar los mecanismos subyacentes y perfeccionar las herramientas diagnósticas y terapéuticas.

Ambos enfoques se retroalimentan: la investigación en lenguaje patológico mejora las prácticas clínicas, y los desafíos clínicos impulsan nuevas preguntas científicas.

1.11. Multidisciplinariedad e interdisciplinariedad

El estudio del lenguaje exige tanto un enfoque multidisciplinar —con la participación de diferentes disciplinas— como interdisciplinar, mediante la colaboración e integración de sus aportaciones en un marco común.

1.12. Dimensión profesional y abordaje integral

En la práctica clínica, esta perspectiva se traduce en la colaboración de profesionales diversos: logopedas, psicólogos, neuropsicólogos, neurólogos, pediatras, foniatras, otorrinolaringólogos, maestros y otros especialistas. La coordinación de sus intervenciones permite ofrecer una atención integral al paciente, que no se reduce a un «caso de lenguaje», sino que se entiende en su globalidad.

Resumen del capítulo

1. La psicopatología del lenguaje **estudia los trastornos que afectan la comunicación humana.**
2. Esta disciplina es **clave en la formación del logopeda**, pues combina ciencia, clínica y ética.
3. El lenguaje **se analiza en niveles estructurales y funcionales** (fonológico, gramatical, semántico, pragmático).
4. El conocimiento **se apoya en cuatro pilares:** desarrollo, lingüística, fisiología y neuropsicología.
5. Su estudio **exige una visión multidisciplinar** y una actitud profesional colaborativa.
6. **El lenguaje cumple funciones múltiples** (comunicativas, sociales y cognitivas) y **posee propiedades específicas** que lo distinguen de cualquier otro sistema de comunicación.

7. La historia de la psicopatología del lenguaje muestra la evolución desde **modelos localizacionistas** hasta enfoques **integradores basados en redes neuronales**.

En conjunto, **este capítulo ofrece el marco de referencia necesario para comprender qué es el lenguaje**, qué lo hace único, cómo se estudia en el ámbito clínico y por qué su análisis exige tanto una perspectiva histórica como un enfoque multidisciplinar.

Actividad de reflexión

Responde brevemente:

1. ¿Qué diferencia a la psicopatología del lenguaje de otras ramas como la lingüística general?
2. ¿Por qué crees que es importante estudiar el lenguaje desde una perspectiva multidisciplinar?
3. Imagina un niño que no puede articular correctamente ciertos fonemas, pero tiene buena comprensión. ¿Qué nivel lingüístico podría estar alterado? ¿Qué disciplinas deberían intervenir?
4. ¿Qué ventajas ofrecen hoy las técnicas de neuroimagen y EEG para el estudio del lenguaje respecto a los enfoques clásicos del siglo XIX?

Capítulo 2

Perspectivas de estudio en psicopatología del lenguaje

■ ¿Trastorno evolutivo o adquirido?

Antes de clasificar los trastornos del lenguaje, es fundamental distinguir entre **trastornos evolutivos** y **trastornos adquiridos** (véase el cuadro siguiente), ya que esta diferencia orienta tanto la evaluación como el tratamiento logopédico.

Tipo	Características principales	Ejemplos clínicos
Evolutivo	El lenguaje no se desarrolla de forma típica desde etapas tempranas. Existe un patrón atípico o un desfase persistente respecto al desarrollo esperado.	TEL/TDL, dislalia funcional, dislexia evolutiva, retraso simple del lenguaje.
Adquirido	El lenguaje ya se había desarrollado y se ve alterado o perdido debido a una lesión neurológica, sensorial o degenerativa posterior.	Afasia, dislexia adquirida (alexia), disartria, agrafia, amusia.

- Los trastornos **evolutivos** requieren identificar desviaciones en el desarrollo normativo y suelen manifestarse en la infancia.
- Los trastornos **adquiridos** exigen analizar el tipo y extensión del daño en un sistema previamente funcional, y suelen presentarse en edad adulta o tras una lesión.

2.1. Dos formas de mirar el lenguaje alterado

La psicopatología del lenguaje puede abordarse desde **dos perspectivas complementarias** que ya describimos en el Capítulo 1 del presente manual:

1. Una orientada a la **intervención clínica** (*tékhnē*), centrada en evaluar y tratar los trastornos del lenguaje.
2. Otra con un **enfoque investigador** (*epistémē*), centrada en comprender los mecanismos subyacentes y mejorar las herramientas de diagnóstico e intervención.

Ambas miradas **no compiten entre sí; se necesitan mutuamente**. El avance científico permite mejorar la práctica clínica, y la experiencia clínica plantea preguntas que impulsan la investigación.

2.2. Perspectiva clínica

Esta es la más cercana al trabajo diario del logopeda. Se basa en la detección, evaluación y tratamiento de los trastornos del lenguaje en contextos sanitarios, educativos o sociales.

El enfoque clínico exige:

1. Capacidad de **análisis funcional** de los síntomas lingüísticos.
2. Conocimiento de **instrumentos de evaluación** fiables.
3. Dominio de **estrategias de intervención** ajustadas al perfil del paciente.
4. Habilidad para trabajar en **equipo interdisciplinar** y comunicar eficazmente los hallazgos.

✦ **Ejemplo:** Un logopeda que evalúa a un niño con dificultades expresivas debe distinguir si está ante un retraso del lenguaje, un TEL/TDL o una alteración secundaria a otro trastorno (TEA, hipoacusia...). Su diagnóstico condicionará el tipo de intervención y el pronóstico.

2.3. Perspectiva investigadora

Esta mirada busca **explicar científicamente** cómo y **por qué se producen los trastornos del lenguaje**. Su objetivo no es solo describir síntomas, sino **entender los procesos cognitivos, lingüísticos y neurológicos implicados**.

La investigación actual en psicopatología del lenguaje se ocupa de temas como:

1. Cómo se desarrollan las rutas fonológicas y léxicas en la lectura (Morais y Adrián, 2015).
2. Qué áreas cerebrales se activan en niños con TEL/TDL (Mendoza, 2016).
3. Cómo influye la calidad del input lingüístico en los primeros años de vida.
4. Qué tipos de intervención logopédica son más eficaces y por qué.

✦ **Ejemplo.** Estudios recientes con neuroimagen han mostrado que los niños con dislexia tienen menor activación en la región temporoparietal izquierda durante tareas de lectura. Este hallazgo ha permitido diseñar programas de estimulación fonológica más específicos y personalizados.

2.4. Conexión entre práctica clínica e investigación

Aunque a veces se perciben como mundos separados, **la clínica y la investigación deben alimentarse mutuamente**:

1. La clínica necesita evidencia: ¿qué tratamiento funciona mejor en un caso de TEL?, ¿cómo se puede evaluar mejor la conciencia fonológica?
2. La investigación necesita problemas reales: ¿por qué ciertos niños no progresan con intervención convencional?, ¿qué pasa con los casos atípicos?

El desarrollo de herramientas como pruebas estandarizadas, protocolos de observación, escalas de gravedad o programas de intervención basados en evidencia es fruto de esa interacción.

Viñeta aplicada: La intervención basada en evidencia

Caso: Sofía tiene 7 años y presenta un diagnóstico de dislexia evolutiva. El centro escolar propone reforzar la lectura simplemente aumentando el tiempo de lectura diaria. Sin embargo, la logopeda del equipo orientador propone aplicar un programa basado en evidencia: entrenamiento explícito en conciencia fonológica, emparejamiento grafema-fonema y lectura repetida guiada.

Este enfoque no solo es más eficaz, sino que está respaldado por la investigación mediante estudios longitudinales que demuestran su impacto positivo en la fluidez lectora.

Este ejemplo ilustra la importancia de aplicar criterios científicos (*epistémē*) en la práctica clínica diaria.

Resumen del capítulo

1. La psicopatología del lenguaje se estudia desde una **doble perspectiva**: clínica e investigadora.
2. La **perspectiva clínica** permite evaluar, diagnosticar y tratar eficazmente los trastornos comunicativos.
3. La **perspectiva investigadora** permite entender los mecanismos que los causan y desarrollar mejores herramientas.
4. Ambas **deben estar conectadas**: la evidencia científica mejora la práctica, y los casos reales orientan la investigación.

Actividad de reflexión

Preguntas para pensar:

1. ¿Qué aporta la investigación científica al trabajo clínico del logopeda?
2. ¿Puedes imaginar un riesgo de trabajar solo desde la práctica, sin tener en cuenta la evidencia?
3. ¿Qué áreas del lenguaje crees que deberían investigarse más para mejorar la intervención con niños?

Capítulo 3

Multidisciplinariedad en el estudio y tratamiento del lenguaje

3.1. ¿Por qué el lenguaje necesita múltiples disciplinas?

El lenguaje no es una función aislada: depende del desarrollo cognitivo, de la audición, de la anatomía del aparato fonoarticulatorio, del entorno social y afectivo, de las funciones neuromotoras... Por eso, **ningún profesional por sí solo puede abordarlo en toda su complejidad.**

La logopedia es una ciencia aplicada que **necesita trabajar en red con otras disciplinas** para ofrecer una atención completa y ajustada a las necesidades reales de la persona. Esta colaboración es especialmente importante cuando hablamos de trastornos del lenguaje que afectan al desarrollo infantil, a la comunicación funcional o a la recuperación del lenguaje y/o el habla tras una lesión.

3.2. Profesionales implicados

En la atención a personas con trastornos del lenguaje suelen intervenir:

1. **Logopedas:** evaluación e intervención comunicativa y funcional.
2. **Psicólogos y neuropsicólogos clínicos o educativos:** detección de comorbilidades de otras funciones cognitivas, análisis emocional y conductual.
3. **Pediatras y neuropediatras:** diagnóstico general del desarrollo y trastornos neurológicos.
4. **Otorrinolaringólogos (ORL):** valoración auditiva, nasalidad, estructuras vocales.
5. **Foniatras:** médicos especializados en trastornos de la voz y el lenguaje.
6. **Maestros y orientadores escolares:** detección en el aula, adaptación curricular.
7. **Terapeutas ocupacionales o fisioterapeutas:** tratamiento de dificultades motoras asociadas.

Cada uno aporta una perspectiva parcial pero necesaria. El reto está en integrar esos saberes en beneficio del paciente.

3.3. ¿Qué hace el logopeda en un equipo multidisciplinar?

El logopeda:

1. Aporta **conocimiento específico sobre la comunicación y el lenguaje.**
2. Realiza **evaluaciones lingüísticas detalladas.**
3. Elabora **planes de intervención** individualizados.
4. **Informa al resto del equipo** sobre el perfil lingüístico y comunicativo del paciente.
5. **Colabora en el diseño de estrategias** comunes en casa y en la escuela.

Como señalan Gallego (2006) y Peña-Casanova (2014), el logopeda **actúa como puente entre el mundo médico y el educativo**, conectando diagnóstico clínico y funcionalidad cotidiana.

3.4. Viñeta clínica: equipo en acción

Caso: En un centro de atención temprana se atiende a un niño de 3 años con diagnóstico de retraso global del desarrollo y sospecha de TEL. El logopeda detecta dificultades expresivas y poca intención comunicativa. La psicóloga observa síntomas compatibles con un trastorno del espectro autista (TEA). El neuropediatra pide pruebas auditivas. El ORL confirma hipoacusia leve.

El trabajo coordinado permite una visión completa del caso, evitando errores diagnósticos y planificando una intervención integral que incluye audífonos, sesiones de estimulación del lenguaje y apoyo familiar. Gracias a este enfoque interdisciplinar, se pudo recomendar una intervención precoz antes de los 4 años, en coherencia con la evidencia disponible sobre los beneficios de actuar tempranamente.

Resumen del capítulo

1. La complejidad del **lenguaje** exige una **mirada multidisciplinar**.
2. El **logopeda colabora** con psicólogos, médicos, maestros y otros especialistas.
3. La **integración del conocimiento profesional** mejora la evaluación y la intervención.
4. La **coordinación entre disciplinas** evita errores diagnósticos y potencia el éxito terapéutico.

Actividad de reflexión

Preguntas para pensar:

1. ¿Por qué es importante que el logopeda colabore con otros profesionales en el diagnóstico de un trastorno del lenguaje?
2. ¿Qué riesgos crees que puede haber si un caso se aborda solo desde una disciplina?
3. Imagina que un niño no avanza en la intervención logopédica. ¿Qué profesionales podrían ayudarte a entender por qué?

Capítulo 4

Clasificación de los trastornos en psicopatología del lenguaje

4.1. ¿Por qué estudiar el lenguaje desde una perspectiva psicopatológica?

Como se indicó en el Cap. 1, el lenguaje constituye **una función cognitiva central** con una base neuropsicológica bien definida. En este apartado **se concretan dichos fundamentos en ejes clínicos y criterios operativos** que permiten orientar el **diagnóstico diferencial y la clasificación** de los trastornos del lenguaje.

Estudiar los trastornos del lenguaje **desde** una perspectiva psicopatológica permite:

- **Identificar** alteraciones significativas del desarrollo
- **Distinguir** entre tipos de dificultades
- **Diseñar** intervenciones específicas

Es una herramienta clave para el logopeda y para otros profesionales del ámbito clínico y educativo.

4.2. ¿Por qué clasificar?

Clasificar los trastornos del lenguaje no es un simple ejercicio académico. Supone una herramienta clínica esencial, ya que permite comprender qué está afectado, cuál puede ser la causa y cómo intervenir de manera eficaz. Una clasificación clara ayuda a:

1. Establecer **diagnósticos diferenciales**.
2. Seleccionar pruebas y **procedimientos de evaluación** adecuados.
3. Priorizar **objetivos de intervención**.
4. **Coordinar** la actuación entre **distintos profesionales**.

Desde la perspectiva psicopatológica, clasificar también permite identificar alteraciones significativas del desarrollo, distinguir entre tipos de dificultades y comprender la relación entre lenguaje, cognición, interacción social y desarrollo emocional.

4.3. Bases conceptuales para la clasificación

4.3.1 Lateralización cerebral del lenguaje

El lenguaje está **predominantemente lateralizado en el hemisferio izquierdo**, especialmente en personas diestras (aprox. 95 %). En zurdos y ambidiestros, la dominancia puede variar:

- Dominancia izquierda: 70–75 %.
- Dominancia derecha: 15 %.

- Representación bilateral: 10–15 %.

Áreas cerebrales principales:

- Área de Broca (44–45): producción del habla y sintaxis.
- Área de Wernicke (22): comprensión del lenguaje oral.
- Giro angular (39): integración semántica, lectura, conversión grafema-fonema.
- Giro supramarginal (40): procesamiento fonológico e integración multimodal.
- Fascículo arqueado: conexión entre producción y comprensión.

En caso de lesión cerebral, estas funciones pueden verse alteradas. En la infancia/adolescencia, la plasticidad permite reorganización funcional.

✿ 4.3.2. Lenguaje y habla: una distinción necesaria.

- **Lenguaje:** sistema simbólico y estructurado de comunicación. Incluye comprensión, expresión, gramática y uso funcional.
Ejemplos: TEL/TDL, afasias, retraso del lenguaje, alteraciones del lenguaje en TEA.
- **Habla:** producción física y motora del lenguaje. Abarca articulación, fluidez, entonación y ritmo.
Ejemplos: dislalia, disartria, disglosia, disfemia/tartamudez, apraxia del habla.

■ **4.3.3. Pilares para el estudio clínico del lenguaje:** el análisis psicopatológico se apoya en cuatro pilares:

1. **Desarrollo cognitivo y lingüístico:** comprender las etapas típicas ayuda a detectar desviaciones.

✦ Ejemplo: un niño que a los tres años aún no combina palabras puede estar fuera del margen normativo.

2. **Estructura del código lingüístico:** análisis de la lengua para identificar componentes alterados. Se distinguen tres dimensiones: forma (fonología y morfosintaxis), contenido (semántica) y uso (pragmática).

✦ Ejemplo: errores morfosintácticos persistentes pueden indicar TEL/TDL.

3. **Mecanismos fisiológicos de la comunicación:** órganos del habla y de la fonación.

✦ Ejemplo: una fisura palatina puede provocar disglosia.

4. **Procesamiento neurológico del lenguaje:** funcionamiento cerebral y lesiones que afectan el lenguaje.

✦ Ejemplo: afasia de Broca tras un ictus.

✿ **4.3.4. Dificultad, retraso, trastorno y pérdida del lenguaje:** no todas las alteraciones del lenguaje implican un trastorno clínico. Es esencial distinguir entre variaciones evolutivas, retrasos simples, trastornos persistentes y pérdidas del lenguaje, ya que cada una requiere un enfoque diagnóstico y de intervención diferente.

- **Dificultad**
Variación leve, esperable o transitoria en el ritmo del desarrollo.
👉 Ejemplo: niño que tarda en combinar palabras, pero progresa sin ayuda.
- **Retraso**
Desfase temporal respecto al desarrollo normativo, con un patrón típico.
👉 Ejemplo: niño de 4 años con lenguaje propio de 2, sin errores atípicos.
- **Trastorno**
Alteración persistente, con desviaciones estructurales respecto al desarrollo esperado.
👉 Ejemplo: TEL/TDL, dislexia, disartria.
- **Pérdida**
Disminución o desaparición de funciones previamente adquiridas por daño neurológico o sensorial.
👉 Ejemplo: afasia post-ictus, hipoacusia o sordera adquirida.

✚ Esta clasificación constituye el **andamiaje conceptual** que guiará el estudio de los **distintos trastornos** específicos en los capítulos posteriores.

🔗 4.4. Ejes y criterios de clasificación

Los trastornos del lenguaje pueden analizarse a partir de distintos ejes clínicos, que ayudan a describir perfiles y orientar el diagnóstico diferencial:

- **Forma:** alteración estructural (errores gramaticales o fonológicos).
- **Contenido:** déficit en vocabulario o acceso semántico.
- **Uso (pragmática):** dificultades en la función comunicativa (ej. TEA).
- **Naturaleza:** orgánico frente a funcional.
- **Curso:** evolutivo frente a adquirido.
- **Primario/Secundario:**
 - **Trastorno primario del lenguaje:** el lenguaje es la función principal y directamente afectada, sin que exista otro trastorno neurológico, sensorial o cognitivo que lo explique.
Ejemplo: TEL/TDL, donde la alteración nuclear está en el desarrollo lingüístico.
 - **Trastorno secundario del lenguaje:** la alteración lingüística aparece como consecuencia de otro cuadro más amplio (neurológico, sensorial, cognitivo o genético).
Ejemplo: dificultades del lenguaje en síndrome de Down, TEA o hipoacusia.

 **Tabla 4.1. Clasificación básica de los trastornos del lenguaje**

Tipo de trastorno	Evolutivos (desarrollo)	Adquiridos (daño neurológico o sensorial)
Funcionales	Retraso simple del lenguaje, dislalia evolutiva, TEL/TDL funcional, mutismo selectivo, disfemia evolutiva (tartamudez)	Mutismo reactivo o postraumático, disfemia persistente
Orgánicos / neurológicos	TEL/TDL con base neurológica grave, dislexia evolutiva, disartria infantil, TEA con afectación lingüística	Afasia, dislexia adquirida (alexia), disartria post-ictus, agrafia, amusia adquirida

 **4.5. Clasificación general de los trastornos:** podemos organizar los trastornos en cinco bloques principales:

A. Trastornos del lenguaje (centrales)

- TEL/TDL.
- Retraso del lenguaje.
- Afasias.

B. Trastornos del habla de origen funcional

- Dislalia funcional.
- Disfemia.

 **Nota terminológica:** en este manual se emplea *disfemia/tartamudez* refiriéndose al síndrome de la fluidez en su conjunto. El término **disfemia** es más preciso clínicamente, pues incluye tartamudez y fenómenos asociados como logofobia, bloqueos secundarios y conductas de evitación. La palabra **tartamudez** designa a la alteración del ritmo del habla (repeticiones, prolongaciones, bloqueos). Se utiliza en expresiones como *tartamudez evolutiva* para referirse al inicio temprano del cuadro, que no siempre progresa hacia una disfemia establecida. Como se indicó en el epígrafe 0.4, no se desarrolla en el manual, aunque se menciona de manera clasificatoria y terminológica.

C. Trastornos del habla de origen neurológico

- Disartria.
- Apraxia del habla.

D. Trastornos del habla de origen estructural

- Disglosia.
- Hipernasalidad por fisura palatina.

E. Trastornos comunicativos asociados a otros cuadros

- TEA.
- Trastornos intelectuales.
- TDAH.

 **Tabla 4.2. Clasificación general de los trastornos del lenguaje, el habla y la voz**

Criterio de clasificación	Categoría	Ejemplos clínicos
Según la causa	Funcionales	Dislalia evolutiva, retraso simple, disfemia
	Orgánicos/neurológicos	Afasia, disartria, disglosia, TEL grave, amusia
Según el momento de aparición	Evolutivos	TEL, dislexia evolutiva, dislalia, mutismo selectivo
	Adquiridos	Afasia, dislexia adquirida, agrafía, amusia
Según la modalidad afectada	Lenguaje oral	TEL, afasia, dislalia
	Lenguaje escrito	Dislexia, agrafia
	Habla/articulación	Dislalia, disartria, apraxia
	Voz/fonación	Disfonías
	Funciones comunicativas	Mutismo selectivo, TEA
Según evolución clínica	Transitorios/leves	Retraso simple, dislalia funcional
	Persistentes/severos	TEL grave, afasia global

 **Nota.** esta clasificación no sustituye a las oficiales (DSM, CIE), pero ofrece un marco funcional y clínico útil para la práctica logopédica.

Viñeta clínica: cuatro niños, cuatro causas

- Ana, 5 años: dice «*tasa*» por «*casa*» → Dislalia funcional.
- Mario, 5 años: frases simples «*yo coche*», vocabulario muy limitado → TEL/TDL.
- Lucía: traumatismo craneoencefálico, dificultades de articulación y voz → Disartria.
- Pablo: fisura palatina, voz hipernasal → Disglosia.

 Todos «**hablan mal**», pero por **razones distintas**. La **clasificación** correcta **guía la intervención**.

Resumen del capítulo

1. **Clasificar** los trastornos es **esencial para el diagnóstico diferencial y la intervención** eficaz.
2. La **distinción entre lenguaje y habla** es **clave** para organizar el análisis clínico.
3. Existen **criterios generales**: forma, contenido, uso, naturaleza, curso, primario/secundario.
4. Los trastornos pueden ser **funcionales u orgánicos**, y a su vez **evolutivos o adquiridos**.
5. Se distinguen **cinco grandes bloques**: lenguaje, habla funcional, habla neurológica, habla estructural y asociados.
6. **Un mismo síntoma puede corresponder a causas muy distintas**, lo que exige precisión diagnóstica.

 En los **capítulos siguientes** se abordarán de manera específica **los principales trastornos del lenguaje y del habla**, aplicando **este marco clasificadorio como base** de referencia.

Actividad de reflexión

1. ¿Por qué no podemos tratar igual una dislalia y una disartria, aunque ambas afecten a la articulación?
2. ¿Qué ventajas ofrece clasificar los trastornos según el momento de aparición (evolutivo frente a adquirido)?
3. Explica con tus palabras la diferencia entre retraso, trastorno y pérdida del lenguaje.
4. Piensa en un caso clínico de niño con problemas de habla: ¿qué datos necesitarías para clasificarlo correctamente?
5. ¿Qué errores se evitarían en la práctica clínica si se aplicara correctamente esta clasificación?

Capítulo 5

Trastorno del Desarrollo del Lenguaje (TEL/TDL)

5.1. Introducción y evolución terminológica

El **Trastorno Específico del Lenguaje (TEL)** fue el término tradicionalmente utilizado para referirse a niños con dificultades importantes en la adquisición del lenguaje, sin causa médica, intelectual ni sensorial que lo explique.

Sin embargo, estudios más recientes han puesto en duda la «especificidad» del trastorno, ya que en muchos casos coexisten otras dificultades cognitivas o atencionales. Por ello, se ha propuesto el término **Trastorno del Desarrollo del Lenguaje (TDL)**, más amplio e inclusivo. El término **TDL** ha reemplazado progresivamente a **TEL** en la literatura científica actual, gracias al consenso internacional alcanzado por el proyecto CATALISE (Bishop et al., 2016–2017). Esta actualización busca una clasificación más inclusiva, funcional y centrada en el impacto real del trastorno, sin depender de criterios excluyentes como el cociente intelectual o la «pureza» del déficit lingüístico.

♦ Nota terminológica:

En este manual utilizaremos la denominación **TEL/TDL** para referirnos al *Trastorno del Desarrollo del Lenguaje*. Con ello buscamos reconocer la evolución académica reciente (que tiende hacia el término **TDL**, de acuerdo con el consenso internacional CATALISE) y, al mismo tiempo, mantener la referencia al término clásico **TEL**, todavía muy presente en la práctica profesional y en gran parte de la bibliografía en español.

En citas textuales de investigaciones o documentos académicos se respetará la terminología empleada por los autores (TEL o TDL).

5.2. ¿Qué es el TDL?

Es un **trastorno del neurodesarrollo** que **afecta** significativamente a **la adquisición y uso del lenguaje oral**, sin estar causado por discapacidad intelectual, TEA, hipoacusia ni privación ambiental grave.

Puede **afectar a la comprensión, la expresión o ambas**, y sus manifestaciones cambian con la edad. Si no se trata, puede prolongarse hasta la adolescencia y afectar al rendimiento académico y a las relaciones sociales.

Es un **trastorno heterogéneo** y con frecuencia aparecen otros **síntomas asociados**: dificultades en la **atención, lectoescritura, procesamiento auditivo**, etc.

5.3. Subtipos y perfiles clínicos

Aunque no existe una clasificación única y definitiva del TEL/TDL, distintos autores han propuesto **modelos que permiten entender la heterogeneidad del trastorno**. Conocer estas clasificaciones es útil tanto para el diagnóstico como para la intervención:

Modelo clínico de Rapin y Allen (1987)

Proponen una tipología neurolingüística basada en observaciones clínicas, dividiendo el TEL/TDL en dos grandes grupos:

1. Trastornos del habla expresiva

- **Disfasia fonológica-sintáctica** (o expresiva severa): habla muy escasa, con errores fonológicos y sintácticos graves.
- **Disfasia motora verbal** (o expresiva leve): discurso fluido, pero con errores articulatorios, sin afectación gramatical grave.
- **Apraxia verbal** (o dispraxia): dificultades graves en la planificación motora del habla.

2. Trastornos del lenguaje receptivo-expresivo

- **Disfasia receptiva**: pobre comprensión, lenguaje expresivo afectado secundariamente.
- **Disfasia semántico-pragmática**: habla gramaticalmente correcta, pero con uso inadecuado del lenguaje en contexto.
- **Disfasia auditivo-verbal**: problemas en la decodificación del lenguaje hablado (procesamiento auditivo central).

✚ Es un modelo clínico **muy utilizado en los años 80 y 90**, y aún **sirve como base para describir perfiles funcionales**.

Modelo funcional de Leonard (2000)

Leonard plantea que el **TEL/TDL no puede dividirse en subtipos clínicos rígidos**, sino que debe **entenderse como un trastorno dimensional**.

- Afecta principalmente a la **morfosintaxis** (omisión de morfemas, errores gramaticales).
- Puede acompañarse de **déficits fonológicos, léxicos y pragmáticos** en diferentes grados.
- Plantea que el TEL/TDL se define por un **perfil de habilidades y dificultades**, no por una categoría cerrada.

✚ Este modelo refleja mejor la variabilidad individual y evita clasificaciones simplistas.

Modelo actual de CATALISE (Bishop et al., 2017)

Este proyecto europeo, con consenso de expertos, propone sustituir el término TEL por **TDL (Trastorno del Desarrollo del Lenguaje)** y apuesta por un modelo más inclusivo:

- **Rechaza el criterio de «especificidad»**, ya que muchos niños presentan comorbilidades (TDAH, dislexia, dispraxia...).
- **Promueve el uso de descriptores funcionales**: «TEL/TDL con alteración morfosintáctica y fonológica», por ejemplo.

- **Subraya** la necesidad de describir **el impacto funcional del trastorno**, más allá del perfil lingüístico.

✦ Este modelo es el que orienta actualmente las clasificaciones internacionales y los manuales diagnósticos.

 **Tabla 5.1. Comparación general de los tres modelos**

Modelo	Enfoque	Subtipos /Caracterización	Utilidad clínica
Rapin y Allen (1987)	Clínico-neurológico	6 subtipos según síntomas	Diagnóstico orientativo
Leonard (2000)	Dimensional y funcional	Perfil de fortalezas y debilidades	Intervención personalizada
CATALISE (2017)	Consenso internacional	TEL/TDL con etiquetas descriptivas	Clasificación actual y abierta

✦ **En la práctica clínica**, lo más útil no es aplicar una etiqueta rígida, sino **describir los componentes afectados del lenguaje y su impacto en la comunicación y el aprendizaje**. Sin embargo, conocer estos modelos ayuda al alumno a situarse en la evolución del concepto y comprender mejor la diversidad de casos.

5.4. Hipótesis explicativas

Las dificultades observadas en TEL/TDL se han explicado desde distintos modelos cognitivos:

1. **Déficit fonológico**: dificultades en la percepción, almacenamiento y manipulación de sonidos.
2. **Déficit gramatical**: dificultad para interiorizar reglas morfosintácticas.
3. **Procesamiento temporal lento**: fallos al detectar estímulos auditivos breves o rápidos.
4. **Memoria de trabajo verbal reducida**: escasa retención de secuencias fonológicas.
5. **Hipótesis superficial**: poca sensibilidad a los elementos lingüísticos menos prominentes acústicamente.
6. **Déficit de consolidación léxica**: fallos en el almacenamiento duradero del vocabulario y las reglas lingüísticas.

✦ Estas hipótesis **no se excluyen entre sí**: en muchos casos se solapan.

5.5. Niveles lingüísticos afectados en el TEL/TDL

El TEL/TDL puede comprometer varios niveles del lenguaje. Algunos ejemplos característicos se pueden observar en la Tabla 5.2.

 **Tabla 5.2. Niveles del lenguaje afectados en TDL.**

Nivel	Descripción	Ejemplo de error
Fonológico	Producción incorrecta de sonidos	«ato» por «gato»
Morfológico	Omisión de morfemas	«yo come pan»
Sintáctico	Frases mal estructuradas	«mamá coche ir»
Semántico	Léxico escaso o vago	«eso» por cualquier objeto
Pragmático	Uso inadecuado del lenguaje	no responde, interrumpe, no respeta turnos, no ajusta el registro al interlocutor, dificultades narrativas

 El **perfil lingüístico** es muy variable. Algunos niños presentan afectación en todos los niveles, otros solo en algunos. En el caso del español, se han identificado marcadores diferenciales en la fonología y la morfosintaxis que permiten discriminar con mayor precisión el TEL/TDL de otros retrasos del lenguaje (Buiza et al., 2016).

5.6. Evaluación y diagnóstico

El diagnóstico de TEL/TDL es clínico y debe excluir otras causas. Requiere una evaluación exhaustiva y multidisciplinar, que incluya:

- **Entrevistas familiares y escolares**
- **Observación del lenguaje espontáneo**
- **Pruebas estandarizadas:** PPVT (*Peabody Picture Vocabulary Test*), BLOC (Batería de Lenguaje Objetiva y Criterial), CEG (Comprensión de Estructuras Gramaticales), PROLEC (Batería de Evaluación de los Procesos Lectores).
- **Tareas lingüísticas específicas:** pseudopalabras, repetición, denominación, comprensión de estructuras gramaticales
- **Análisis cualitativo del discurso:** longitud media de enunciado, conectores, errores gramaticales. Por ejemplo, en el marco de la metodología de Registro, Transcripción y Análisis de Muestras de Habla Espontánea (RETAMHE).

 En la **evaluación del TEL/TDL** resulta fundamental incluir **tareas que exploren la fonología y la morfosintaxis**, dado que constituyen **marcadores clínicos especialmente sensibles en español**. Diversos estudios han mostrado que pruebas de repetición de pseudopalabras, denominación y juicio morfosintáctico permiten discriminar con fiabilidad entre TEL/TDL y retraso del lenguaje (Buiza et al., 2016).

✦ La evaluación debe **considerar también la comprensión, el uso social del lenguaje y la competencia narrativa.**

5.7. Diagnóstico diferencial

Es imprescindible distinguir el TEL/TDL de otros trastornos con dificultades lingüísticas:

- **Retraso simple del lenguaje (RSL):** evolución favorable, afectación superficial.
- **Trastorno del espectro autista (TEA):** afectación comunicativa global y rigidez de intereses.
- **Trastornos fonológicos:** errores fonéticos sin afectación morfosintáctica o semántica.
- **Discapacidad intelectual:** lenguaje acorde con un nivel cognitivo general bajo.

5.8. Intervención logopédica

El tratamiento debe ser temprano, intensivo y personalizado. Algunas estrategias eficaces:

1. **Conciencia fonológica:** juegos de rimas, discriminación de sonidos, segmentación.
2. **Modelado gramatical:** reformulación de frases incorrectas sin corrección directa.
3. **Ampliación del vocabulario:** campos semánticos, sinónimos, opuestos, categorización.
4. **Narración guiada:** apoyo visual, secuenciación, preguntas abiertas.
5. **Pragmática en contexto:** uso adecuado del turno, adecuación al interlocutor.
6. **Colaboración con familia y escuela:** estrategias compartidas, adaptación del entorno.

Viñeta clínica: Laura, 6 años

Laura fue derivada por su tutora de primer curso. Usaba frases cortas como «yo leche», «niño jugar», sin artículos ni marcadores de tiempo. Su comprensión era buena en frases simples, pero fallaba en estructuras más complejas.

En la evaluación se observaron errores gramaticales persistentes, escaso vocabulario y pobre estructuración sintáctica. Se descartaron déficits sensoriales o cognitivos.

Se diagnosticó TEL/TDL con afectación morfosintáctica y semántico-pragmática.

Tras ocho meses de intervención centrada en frases SVO y vocabulario, Laura mejoró su participación en clase y su longitud media de enunciado.

✦ **Resumen del capítulo**

1. El **TEL/TDL es un trastorno del neurodesarrollo** con **afectación** significativa del **lenguaje oral**.
2. **No se explica por causas médicas, sensoriales ni cognitivas generales.**

3. Puede presentarse **con perfiles muy distintos**, afectando a uno o varios niveles lingüísticos.
4. Su diagnóstico **requiere evaluación clínica detallada** y multidisciplinar.
5. La **intervención logopédica debe ser precoz**, adaptada y contextualizada.

Actividad de reflexión

Preguntas para pensar:

1. ¿Qué señales podrían alertar a un maestro de infantil sobre un posible caso de TEL/TDL?
2. ¿Por qué es importante intervenir cuanto antes en el desarrollo lingüístico?
3. ¿Cómo explicarías el TEL/TDL a una familia sin formación técnica para que comprendan su impacto y evolución?

Capítulo 6

Dislalia Funcional: trastorno del habla sin base orgánica

6.1. ¿Qué es la dislalia funcional?

La dislalia funcional es un **trastorno del habla caracterizado por errores en la articulación de los sonidos del lenguaje sin que exista una causa orgánica** que los justifique. Es decir, el niño presenta una capacidad auditiva y neuromotora normal, pero comete errores consistentes en la producción fonética, como omitir, sustituir o distorsionar fonemas.

Se trata de uno de los trastornos más frecuentes en la infancia, especialmente entre los 4 y 6 años, y suele responder bien a una intervención logopédica específica.

✦ (Para criterios generales de clasificación de los trastornos del lenguaje y el habla, véase el Cap. 4, §4.3–4.5).

6.2. Diagnóstico diferencial

Es fundamental distinguir la dislalia funcional de otros cuadros clínicos que también afectan al habla, pero con diferente origen (Tabla 6.1).

 **Tabla 6.1. Posibles cuadros clínicos con afectación en el habla.**

Trastorno	Diferencia clave
Disglosia	Causa estructural (paladar, lengua, dientes...)
Disartria	Causa neurológica (SNC, pares craneales)
Apraxia del habla	Afectación en la planificación motora
Trastorno fonológico (en TEL)	Fallos fonológicos más amplios, dentro de un perfil de lenguaje alterado
Retraso general del lenguaje	Afecta también a sintaxis, vocabulario y comprensión

6.3. Criterios clínicos para el diagnóstico

Para considerar que existe dislalia funcional deben cumplirse los siguientes criterios:

1. **Edad superior a 4-5 años**, sin evolución espontánea del error¹. Por ejemplo: Si un niño de 6 años sigue diciendo [tasa] en lugar de [casa], sin mostrar avances ni

¹ Se refiere a una situación en la que un niño ha superado los **4 o 5 años** —edad en la que muchos **errores** fonológicos y articulatorios todavía pueden considerarse **propios del desarrollo típico**—, pero **persiste un error específico en su habla** (por ejemplo, sustitución, omisión o distorsión de fonemas) sin que haya habido mejora espontánea. En condiciones normales, muchos de **estos errores desaparecen de forma natural** a medida que el sistema fonológico madura. Sin embargo, **si el error se mantiene** más allá de esta edad sin intervención externa y sin signos de corrección progresiva, puede ser un **indicio de un trastorno fonético o fonológico** que **requerirá evaluación e intervención logopédica**.

intentos de corregir la producción del fonema /k/, podría tratarse de una dislalia funcional que ya no puede considerarse evolutiva.

2. **Comprensión y audición dentro de la normalidad.**
3. **Desarrollo cognitivo adecuado.**
4. **Ausencia de alteraciones anatómico-fisiológicas** o estructurales en los órganos del habla.
5. Presencia de errores articulatorios:
 - **Fonológicos (no consistentes):** varían según el contexto (p. ej., /k/ correcta en «casa», pero sustituida en «queso»).
 - **Fonéticos (consistentes):** producción estable e incorrecta por dificultad en el punto/modo de articulación.

📌 (Sobre criterios y ejes generales de análisis, véase Cap. 4, §4.4.).

🔗 Para **consultar el sistema fonológico completo del español**, véase el **Anexo II**. Esa tabla del anexo II puede ser útil para interpretar errores fonológicos en casos de dislalia, TEL/TDL o disartria.

6.4. Tipos de errores fonéticos

Los errores más frecuentes en dislalia funcional son:

1. **Omisión:** «ato» por «gato».
2. **Sustitución:** «tasa» por «casa» (anteriorización).
3. **Distorsión:** emisión incorrecta del fonema, aunque se aproxima.
4. **Inserción:** «balanco» por «blanco».
5. **Metátesis:** «crododilo» por «cocodrilo» o «estógamo» por «estómago».

6.5. Clasificación de las dislalias funcionales

Se pueden clasificar según distintos criterios:

a) Por número de fonemas afectados:

1. **Simple:** un solo fonema.
2. **Multidislalia:** varios fonemas.
3. **Generalizada:** casi todos los fonemas (denominada en textos clásicos como «dislalia generalizada»).

b) Por tipo de error articulatorio (como se ha visto arriba)

c) Por fonema alterado, usando términos tradicionales:

1. **Rotacismo:** alteración de /r/.
2. **Sigmatismo:** alteración de /s/.
3. **Betacismo:** confusión entre /b/ y /v/.
4. **Kappacismo:** dificultad con /k/, etc.

6.6. Procesos fonológicos de simplificación

Muchos de los errores se explican por la persistencia de **procesos fonológicos normales en etapas anteriores**, que deberían haber desaparecido:

1. **Simplificación de grupos consonánticos**: «pato» por «plato».
2. **Asimilación**: «popa» por «sopa» (influencia de un sonido próximo).
3. **Sustitución sistemática**: «tasa» por «casa» (anteriorización persistente).
4. **Reducción silábica**: «téfono» por «teléfono».

6.7. Evaluación logopédica

El proceso de evaluación debe incluir:

1. **Anamnesis** detallada con los padres.
2. **Exploración auditiva** básica (descartar hipoacusia).
3. **Evaluación perceptiva**: ¿el niño discrimina fonemas similares?
4. **Evaluación articulatoria**: análisis de errores fonéticos en:
 - Fonemas aislados.
 - Sílabas.
 - Palabras.
 - Frases.
5. **Exploración de praxias bucolinguofaciales**: movimientos linguales, labiales, respiración, soplo.
6. **Registro espontáneo del habla** en contexto lúdico.

6.8. Intervención logopédica

La intervención en dislalia funcional se estructura por fases:

1. Percepción y discriminación auditiva
Juegos de pares mínimos, identificación de sonidos.
2. Producción en aislamiento
Ejercicios con espejo, refuerzo visual y auditivo.
3. Producción en sílaba y palabra
Repeticiones, juegos fonéticos, asociaciones visuales.
4. Producción en frase y discurso
Automatización del fonema en lenguaje conectado.
5. Generalización y mantenimiento
Uso del fonema en conversación espontánea.

✚ Además, puede ser necesario **trabajar praxias bucolinguofaciales, esquema corporal, respiración y ritmo**.

✚ **Materiales útiles**: tarjetas visuales, juegos de repetición, grabaciones, rimas, aplicaciones informáticas (*apps*) con retroalimentación auditiva.

Viñeta clínica: Pablo, 5 años

Pablo acude a consulta porque «habla mal» según su entorno. Presenta sustitución sistemática de /s/ por /t/ y de /r/ por /l/. No hay otros signos de alteración lingüística ni dificultades de comprensión. Su exploración auditiva es normal.

El diagnóstico es **dislalia funcional múltiple**. La intervención se inicia con el fonema /s/, trabajando primero la percepción auditiva mediante pares mínimos y juegos de discriminación. Posteriormente se entrena la colocación fonoarticulatoria con apoyo visual (uso de espejo, control del soplo, posición lingual alveolar) hasta conseguir una producción aislada correcta. A partir de ahí se integra en sílabas, palabras, frases, oraciones y pequeños párrafos, cuidando también la entonación y el ritmo del habla para evitar un uso artificial. Tras tres meses de trabajo sistemático, Pablo comienza a generalizar el fonema en el habla espontánea y a mejorar la claridad global de su discurso.

Resumen del capítulo

1. La dislalia funcional es un **trastorno del habla sin base orgánica** que afecta a la articulación.
2. Los **errores más comunes** son omisiones, sustituciones, distorsiones, inserciones o metátesis.
3. Se diagnostica por exclusión y **análisis de errores sistemáticos**.
4. La **intervención** se basa en la secuencia: **percepción** → **producción aislada** → **automatización** → **generalización**.
5. Su **pronóstico es favorable** con intervención precoz y bien estructurada.

Actividad de reflexión

Preguntas para pensar:

1. ¿Por qué es importante esperar hasta los 4 años para diagnosticar una dislalia funcional?
2. ¿Qué aspectos debes observar para diferenciar una dislalia de una disglosia?
3. ¿Qué tipo de juegos o actividades propondrías para trabajar el fonema /r/ en un niño?

 **Puedes consultar el Anexo II para orientarte con un ejemplo desarrollado.**

Capítulo 7

Disartria: trastorno neuromotor del habla

7.1. ¿Qué es la disartria?

La disartria es un **trastorno motor del habla de origen neurológico**, causado por una lesión en el sistema nervioso central o en el periférico y que afecta a los **mecanismos neuromusculares responsables de la producción del habla**. Se manifiesta como una alteración en la ejecución de los movimientos necesarios para **articular, respirar con apoyo, emitir voz y modular la resonancia**, comprometiendo la inteligibilidad del habla.

A diferencia de los trastornos del lenguaje, la disartria **no afecta el sistema simbólico** (léxico, sintaxis, semántica), salvo en casos mixtos o graves. El sujeto conserva la intención comunicativa y el contenido verbal, pero ve limitada su capacidad de expresarse de forma precisa y/o eficaz.

A diferencia de otros trastornos del habla (como en la dis- o la apraxia del habla), la disartria no implica errores en la planificación del lenguaje, sino en la ejecución motora: en los músculos implicados en el habla presentan alteraciones en el tono, fuerza, velocidad, precisión y coordinación.

La disartria puede ser **congénita**, derivada de problemas en el neurodesarrollo, o **adquirida**, secundaria a daño cerebral adquirido (DCA). Se puede observar en **niños con parálisis cerebral u otras alteraciones, adultos con enfermedades neurodegenerativas** (ELA, Parkinson...), tras **ictus, traumatismo craneal, tumores, infecciones en el sistema nervioso central (SNC)** u otras. Según su evolución, las disartrias pueden ser estables (ni empeoran ni mejoran), progresivas (empeoran), regresivas (mejoran) o fluctuantes (empeoran y mejoran a lo largo del tiempo).

7.2. Sistemas afectados en la disartria

La disartria puede afectar a uno o varios de los siguientes componentes del habla:

1. **Articulación:** pronunciación imprecisa o distorsionada.
2. **Fonación:** voz débil, ronca o tensa.
3. **Respiración:** dificultades para coordinar el habla con el aire.
4. **Resonancia:** voz hiper- o hiponasal².

²**Hipernasalidad (rinolalia abierta):** el aire se escapa por la nariz durante la emisión de sonidos orales (/p/, /t/, /k/, etc.), que no deberían tener resonancia nasal. **Causa más frecuente:** fisura palatina u otras alteraciones del velo del paladar. **Analogía:** suena como si la persona «hablara por la nariz», alargando el timbre nasal de forma exagerada (lo opuesto a tener la nariz tapada).

Hiponasalidad (rinolalia cerrada): el aire **no pasa** por la nariz ni siquiera al producir sonidos nasales (/m/, /n/, /ɲ/), que suenan como si fueran orales. **Causa más frecuente:** obstrucción nasal (resfriado, hipertrofia de adenoides, pólipos, etc.). **Analogía:** suena como cuando hablamos con la nariz totalmente congestionada, sin resonancia nasal.

5. **Prosodia:** habla monótona, sin ritmo, con pausas irregulares.

7.3. Manifestaciones clínicas frecuentes en la disartria

Aunque las manifestaciones de la disartria varían según el tipo y la localización de la lesión neurológica, existen **síntomas comunes** que permiten su identificación clínica inicial. Estos pueden aparecer en combinación variable en diferentes pacientes, pudiendo afectar la fonación, articulación, respiración, resonancia y prosodia, comprometiendo la inteligibilidad del habla.

Signos clínicos más frecuentes:

- **Descoordinación respiratoria:** dificultad para sostener el habla debido a un mal control del flujo aéreo.
- **Alteraciones en la fuerza de la voz:** cambios en la intensidad y la calidad vocal (voz forzada, hipofónica, ronca o fluctuante), con prosodia monótona o resonancia excesivamente nasal.
- **Dificultad en el inicio de la emisión:** pausas largas, bloqueos o esfuerzo visible para comenzar a hablar.
- **Alteraciones en la resonancia:** hiper o hiponasalidad debidas a mal cierre velofaríngeo o inadecuado control articulatorio.
- **Articulación imprecisa:** por descoordinación motora, que causa distorsiones o simplificaciones fonéticas que reducen la claridad del habla.
- **Lentitud y fatiga al hablar:** ritmo alterado, pérdida de fluidez progresiva o disminución de la energía vocal a lo largo del discurso.
- **Reducción de variación prosódica:** habla monótona, con entonación aplanada y escaso control de ritmo y acentuación.
- **Dificultades deglutorias (por flacidez o espasticidad).**

 Estos signos suelen **evaluarse mediante tareas de repetición, lectura, conversación espontánea y emisiones respiratorias sostenidas**. La observación clínica cuidadosa es clave para orientar el diagnóstico y la posterior intervención logopédica.

Nervios craneales de interés en logopedia

- **V (Trigémino):** masticación, sensibilidad facial → alteraciones en masticación y sensibilidad oral.
- **VII (Facial):** expresión facial, gusto anterior de la lengua → asimetría facial, escape de aire, imprecisión articulatoria.

- **IX (Glossofaríngeo):** fase faríngea de la deglución, gusto posterior de la lengua → déficit en reflejo deglutorio, sensibilidad faríngea.
- **X (Vago):** motricidad del paladar, faringe y laringe → hipernasalidad, disfonía, riesgo de aspiración.
- **XII (Hipogloso):** motricidad de la lengua → imprecisión articulatoria, dificultad en movilidad lingual, disfagia oral.

7.4. Tipos de disartria

Existen **diferentes tipos de disartrias**. La clasificación más utilizada integra la **fisiopatología subyacente** (lo que causa las dificultades a nivel neurológico) y **los signos y síntomas principales** (el modo en que se evidencian clínicamente). Esta tipología, basada en el trabajo clásico de Darley et al. (1969) y en sus actualizaciones (ASHA; Duffy, 2020), **ayuda a orientar la exploración y el diagnóstico diferencial**.

Disartria flácida

La lesión se sitúa en la neurona motora inferior (pares craneales bulbares —V, VII, IX, X, XII—, tronco encefálico, nervios periféricos o unión neuromuscular). Afecta a respiración, fonación, resonancia y articulación. Las etiologías más comunes incluyen parálisis bulbar, neuropatías craneales (p. ej., Guillain–Barré, parálisis de Bell), miastenia gravis, poliomielitis, lesiones quirúrgicas, traumatismos o esclerosis lateral amiotrófica con afectación de motoneurona inferior.

El **síntoma dominante** es la debilidad con hipotonía y reflejos reducidos: la vía final común no logra activar con suficiente fuerza los músculos. Durante la escucha clínica, la impresión global es de insuficiencia: el sistema «no llega». Se observan hipernasalidad (insuficiencia velofaríngea de origen neurológico), voz soplada o hipofónica, lentitud, fasciculaciones e imprecisión consonántica, con tasas de movimiento alterno (AMR, diadococinesia) lentas y de baja amplitud.

El daño en los nervios craneales (V: trigémino, VII: facial, XII: hipogloso) ocasiona articulaciones imprecisas y AMR reducidas; mientras que la afectación de los pares IX (glossofaríngeo) y X (vago) provoca voz soplada, disfonía, hipernasalidad, tos débil o estridor inspiratorio. Para diferenciar la hipernasalidad de origen neurológico de la estructural (p. ej., fisura o insuficiencia velofaríngea no neurológica), conviene valorar la voz soplada, la presencia de otros signos neurogénicos y la fatiga.

Disartria espástica

También denominada pseudobulbar. Se debe a **lesiones bilaterales en la neurona motora superior** (vías cortico-bulbares y corticoespinales), habitualmente en cápsula interna o regiones periventriculares. Las causas más frecuentes son ictus bilaterales,

traumatismos craneoencefálicos difusos, variantes espásticas de parálisis cerebral, tumores, infecciones del SNC y enfermedades degenerativas.

Predominan la **espasticidad y la lentitud**: la musculatura intenta moverse «a través de un freno», lo que genera voz tensa o estrangulada, ataques duros, prosodia comprimida y articulación monótona y lenta. En la exploración se observan reflejos exaltados y, en ocasiones, risa o llanto espasmódicos.

Disartria por neurona motora superior unilateral (NMSU)

Provocada por lesiones unilaterales en **vías cortico-bulbares** que inervan cara y lengua. El **cuadro es leve a moderado y a menudo pasa desapercibido**, ya que puede coexistir con afasia, apraxia del habla o disfagia. **Etiología más frecuente: accidente cerebrovascular** (90 % de casos).

Se caracteriza por espasticidad e incoordinación contralateral, sin atrofia ni fasciculaciones, con reflejos exaltados. En el habla: **imprecisión consonántica, voz áspera o ronca** y AMR discretamente lentas. La prosodia y la resonancia suelen estar preservadas.

El diagnóstico diferencial clave es con la disartria espástica (bilateral, más grave) y la atáxica (irregularidad marcada). **Pronóstico** generalmente **favorable**, con mejoría espontánea y buena respuesta a la intervención logopédica.

Disartria atáxica

Se produce por lesiones en el **cerebelo** o sus circuitos. **Etiologías**: ataxias degenerativas, esclerosis múltiple, ACVs cerebelosos, tumores, intoxicaciones (alcohol, fármacos).

La **escucha clínica** revela inestabilidad: **habla irregular**, con exceso e igualdad de acento, pausas inadecuadas, errores articulatorios variables y telescopio silábico. Las AMR muestran gran variabilidad ciclo a ciclo, y en la lectura aparecen acentuaciones anómalas.

El signo **clave para el diagnóstico diferencial** es la **irregularidad**, frente a la lentitud regular de la espástica o la monotonía de la hipocinética. Pueden coexistir otros síntomas cerebelosos evidentes: nistagmo, inestabilidad postural, dificultades motoras y alteraciones cognitivas asociadas al cerebelo.

Disartria hipocinética

Se asocia a **disfunción dopaminérgica** de los ganglios basales, como en la **enfermedad de Parkinson** o síndromes parkinsonianos.

Caracterizada por **bradicinesia y rango reducido**: habla monótona, voz áspera-hipofónica, articulación borrosa y ritmo acelerado en ráfagas cortas (festinación), a veces con repeticiones (palilalia). En la exploración: hiponimia, rigidez y disfagia.

Se diferencia de la espástica por la pobreza de variación (más que la tensión) y de la atáxica por la ausencia de irregularidad explosiva.

Disartria hipercinética

Causada por **hiperactividad** en los circuitos de los ganglios basales. **Asociada a** corea, distonías, tics, temblores, síndrome de Tourette, discinesias farmacológicas, intoxicaciones.

El habla presenta intrusiones motoras involuntarias: quiebras súbitos de la voz, variación brusca del tono e intensidad, bloqueos espasmódicos y distorsiones. El diagnóstico diferencial con la atáxica radica en la presencia de movimientos involuntarios superpuestos, frente a la descoordinación motora propia de la ataxia.

Disartria mixta

Resulta de la **combinación de dos o más de las anteriores**, según localización y extensión del daño neurológico. Por ejemplo, en la **esclerosis lateral amiotrófica (ELA)** predomina el perfil espástico-flácido: voz débil, tensa y soplada, con hipernasalidad y lentitud generalizada. En la **esclerosis múltiple (EM)** es más frecuente la combinación espástico-átaxica: rigidez y lentitud, junto a descoordinación y alteraciones prosódicas. Existen otras variantes menos frecuentes, que no se desarrollarán (espástico-átaxica-hipercinética en la enfermedad de Wilson, por ejemplo) al ser resultado de la combinación de diferentes otros tipos de disartrias anteriormente mencionadas.

 **Tabla 7.1. Tipos de disartria según su perfil clínico.**

Tipo	Localización	Características principales	Etiología frecuente
Flácida	Nervios craneales V, VII, IX, X, XII / bulbo raquídeo (motoneurona inferior)	Voz nasal, débil, hipotonía, fasciculaciones	Parálisis bulbar, Guillain-Barré, miastenia
Espástica	Vías piramidales bilaterales (motoneurona superior)	Voz forzada, lentitud, rigidez, habla entrecortada	Ictus bilaterales, parálisis cerebral espástica
NMSU	Vía piramidal unilateral (motoneurona superior)	Similar a la espástica pero más leve y focal; prosodia/resonancia relativamente conservadas.	Ictus unilateral, TCE focal
Atáxica	Cerebelo y circuitos cerebelosos	Ritmo irregular, errores articulatorios, entonación impredecible	Ataxias, esclerosis múltiple, ACV cerebeloso
Hipocinética	Ganglios basales (Parkinson)	Voz monótona, ráfagas cortas con aceleraciones (<i>festinación</i>), articulación borrosa; posible palilalia	Enfermedad de Parkinson, síndromes parkinsonianos
Hipercinética	Ganglios basales (corea, distonía)	Movimientos involuntarios, entonación errática, quiebras fonatorios	Corea de Huntington, distonía laríngea
Mixta	Lesiones múltiples (SNC difuso)	Combinación variable de síntomas según localización	ELA = espástico-flácida; EM = espástico- atáxica

7.5. Diagnóstico diferencial con la apraxia del habla

Aunque tanto la disartria como la apraxia del habla son trastornos motores de origen neurológico, afectan a **procesos distintos** dentro de la cadena de producción verbal (Tabla 7.2).

 La **disartria** implica una alteración en la ejecución muscular: el control neuromotor de los órganos fonadores está dañado, lo que provoca errores consistentes y una reducción general de la capacidad articulatoria, respiratoria o vocal.

🧠 En cambio, la **apraxia del habla** afecta la **planificación motora**: los órganos fonadores están intactos, pero el sujeto tiene dificultad para programar las secuencias articulatorias, sobre todo en emisiones voluntarias.

📌 Este tipo de comparación **resulta esencial en la práctica clínica** para orientar correctamente el diagnóstico diferencial y el enfoque terapéutico, ya que la intervención logopédica varía en función del origen y naturaleza del trastorno motor del habla.

🇪🇸 **Tabla 7.2.** Comparativa: **disartria** frente a **apraxia del habla**

Característica	Disartria	Apraxia del habla
Origen	Neuromuscular	Planificación motora (corteza premotora)
Tipo de error	Consistente, predecible	Inconsistente, variable
Control muscular	Afectado (tono, fuerza)	Conservado
Velocidad del habla	Lenta, esfuerzo evidente	Irregular, con bloqueos y repeticiones
Inicio de emisión	No especialmente afectado	Difícil, con pausas largas
Tipos de errores	Distorsiones, omisiones	Sustituciones, bloqueos, perseveraciones
Repetición	Igual de alterada que el habla espontánea	Puede mejorar con repetición guiada
Fluidez prosódica	Monótona o nasalizada	A menudo entrecortada o disprosódica

🔗 7.6. Diagnóstico y evaluación logopédica

La evaluación debe ser detallada e interdisciplinar. En el ámbito logopédico, se analiza:

1. **Anamnesis** y observación clínica.
2. **Exploración articulatoria**: precisión, velocidad, coordinación.
3. **Evaluación de la fonación**: intensidad, calidad vocal, soplo.
4. **Control respiratorio**: capacidad espiratoria, coordinación habla-respiración.
5. **Evaluación prosódica**: entonación, ritmo, pausas.
6. **Registro en habla** espontánea y repetición.

📌 Evaluación de la diadococinesia (DDK)

La diadococinesia es una de las pruebas clínicas más utilizadas para valorar la precisión, velocidad y regularidad de los movimientos articulatorios. Consiste en la repetición rápida de sílabas, y permite identificar alteraciones motoras características de distintos tipos de disartria.

Se distinguen dos modalidades principales:

- **AMR (Alternating Motion Rate):** repetición de una misma sílaba que implica un único punto articulatorio, por ejemplo, *pa-pa-pa*. Evalúa la rapidez y regularidad de movimientos repetitivos simples.
 - **SMR (Sequential Motion Rate):** repetición encadenada de varias sílabas que requieren distintos puntos articulatorios, como *pa-ta-ka*. Evalúa la coordinación secuencial de movimientos articulatorios.
- En la **práctica logopédica**, se suele utilizar el término genérico **diadococinesia (DDK)** para englobar ambas modalidades, ya que ofrecen información complementaria sobre la ejecución motora del habla.

■ Concepto clave: praxias orofaciales frente a entrenamiento motor del habla (EMH).

- **Praxias orofaciales no verbales:** ejercicios motores generales (soplar, inflar mejillas, sacar la lengua) que trabajan la motricidad bucolinguofacial, pero sin relación directa con la producción del habla.
- **Entrenamiento motor del habla (EMH):** intervención dirigida específicamente a los movimientos articulatorios implicados en la producción de fonemas y palabras, practicados en contextos lingüísticos progresivos (sílabas → palabras → frases).

👉 Las praxias orofaciales pueden ser un apoyo en fases iniciales, pero el núcleo de la rehabilitación logopédica debe centrarse en el **EMH**, porque es lo que asegura la transferencia al habla funcional.

📌 **Instrumentos de apoyo:** protocolo de Darley et al. (1969), análisis fonético-perceptivo, grabaciones comparativas, pruebas y tareas específicas por subtipo de disartria. Registrar habla en discurso espontáneo, lectura y repetición (frases y oraciones de longitud creciente).

🔧 7.7. Pautas básicas de intervención logopédica

El tratamiento de la disartria debe ajustarse al tipo y a la gravedad del cuadro clínico, con el objetivo central de mejorar la inteligibilidad del habla y la eficiencia comunicativa en contextos reales. La intervención logopédica se organiza en torno a los siguientes ejes:

1. **Entrenamiento motor del habla (EMH).** Ejercicios dirigidos a mejorar la fuerza, el tono, la precisión y la coordinación de los movimientos articulatorios directamente implicados en la producción del habla. Se prioriza la práctica de fonemas, sílabas y palabras dentro de contextos comunicativos funcionales.

2. **Reeducación respiratoria.** Técnicas para optimizar el control del flujo aéreo, la capacidad espiratoria y la coordinación fono–respiratoria, facilitando emisiones más estables y sostenidas.
3. **Terapia vocal.** Intervención orientada a mejorar la calidad, la intensidad y la proyección de la voz, reduciendo la fatiga y favoreciendo una emisión más eficiente.
4. **Trabajo articulatorio específico.** Práctica sistemática de fonemas clave, con atención a la precisión y la gradual automatización en palabras, frases y discurso conectado.
5. **Reentrenamiento prosódico.** Actividades para recuperar la entonación, el ritmo y las pausas funcionales, reforzando la expresividad y la naturalidad del habla.
6. **Apoyos externos y sistemas aumentativos o alternativos de comunicación (SAAC).** Indicados en casos graves, con el fin de garantizar la comunicación efectiva cuando la inteligibilidad se encuentra muy comprometida.
7. **Enfoque funcional e individualizado.** La intervención debe ser realista, ajustada a las necesidades del paciente y orientada a la participación comunicativa, priorizando la eficacia en la vida diaria más que la perfección formal de la producción.

Notas clínicas:

1. Las praxias orofaciales no verbales (movimientos de lengua, labios o mejillas sin componente articulatorio) tienen un valor preparatorio limitado. Nunca deben sustituir al **Entrenamiento Motor del Habla (EMH)**, que es el que realmente incide en la mejora funcional de la comunicación.
2. La **intervención debe ser individualizada**, funcional y realista, **priorizando la inteligibilidad** y la eficacia comunicativa **sobre la perfección formal**.

Viñeta clínica: Manuel, 65 años

Manuel ha sufrido un ictus isquémico que ha afectado al tronco del encéfalo. Desde entonces presenta voz débil y nasal, habla lenta y articulación imprecisa. El logopeda diagnostica una **disartria flácida**, con afectación respiratoria y fonatoria significativa.

La **intervención** incluye **ejercicios de soplo y coordinación fonorrespiratoria, trabajo de intensidad vocal y articulación exagerada** para mejorar la inteligibilidad. Además, se ofrecen estrategias de comunicación adaptadas a la familia (hablar en ambiente silencioso, usar frases breves, mantener contacto visual), de modo que la rehabilitación tenga impacto funcional en la vida diaria.

📌 **Nota aplicada:** En casos como el de Manuel, es fundamental combinar técnicas de reeducación respiratoria y vocal con pautas de comunicación adaptada para la familia (uso de frases cortas, ambiente silencioso, contacto visual), de manera que la intervención logopédica tenga un impacto real en la vida cotidiana.

👤 **Viñeta clínica: Carmen, 58 años**

Carmen padece enfermedad de Parkinson desde hace 6 años. Presenta voz monótona e hipofónica, articulación imprecisa y episodios de aceleración progresiva en el discurso. El diagnóstico es una **disartria hipocinética**.

El tratamiento combina **ejercicios de proyección vocal y prosodia expresiva**, junto con técnicas respiratorias para sostener la fonación. Se entrenan pausas y control del ritmo, favoreciendo un habla más clara y comprensible. En estos casos es importante adaptar la intervención a la evolución de la enfermedad y reforzar la motivación para mantener la práctica en el día a día.

📌 **Nota aplicada:** En la disartria hipocinética es clave entrenar la auto-percepción del volumen y el ritmo, ya que los pacientes tienden a infraestimar la debilidad de su voz. Programas como **LSVT LOUD®** o técnicas de retroalimentación auditiva pueden ser especialmente útiles, junto con el apoyo de cuidadores para reforzar las pautas en la comunicación diaria.

🔧 **Síntesis aplicada**

Los casos de Manuel (disartria flácida) y Carmen (disartria hipocinética) muestran cómo **cada tipo de disartria exige estrategias de intervención específicas:**

- En la **disartria flácida**, la debilidad muscular obliga a priorizar la fuerza respiratoria, la intensidad vocal y la precisión articulatoria.
- En la **disartria hipocinética**, la rigidez y la bradicinesia requieren un trabajo centrado en la prosodia, la variación expresiva y la proyección de la voz.

En ambos casos, el **objetivo final** no es solo mejorar parámetros técnicos, sino **garantizar una comunicación funcional** y efectiva en la vida cotidiana.

📌 **Resumen del capítulo**

1. La **disartria** es un **trastorno motor del habla** debido a una lesión **neurológica**.
2. **Afecta a la ejecución**, no a la planificación lingüística.
3. **Existen varios tipos, según la zona** del sistema nervioso **afectada**.
4. La **evaluación** logopédica debe analizar **articulación, voz, respiración, prosodia y resonancia**.
5. El **tratamiento** se basa en **ejercicios** motores, control respiratorio y **mejora de la inteligibilidad**.

🧠 **Actividad de reflexión**

Preguntas para pensar:

1. ¿Por qué es clave diferenciar entre apraxia del habla y disartria?
2. ¿Qué sistemas deberías observar si un paciente con disartria tiene voz nasalizada?
3. ¿Qué estrategias podrías usar si un paciente con ELA pierde la inteligibilidad?

Capítulo 8

Disglosia: trastorno del habla por alteraciones estructurales

8.1. ¿Qué es la disglosia?

La disglosia es un **trastorno del habla producido por alteraciones anatómicas o malformaciones en los órganos periféricos del habla** (labios, lengua, paladar, mandíbula, dientes...), que dificultan la articulación correcta de los fonemas.

A diferencia de la dislalia (funcional) o la disartria (neurológica), la disglosia tiene una causa estructural concreta, que **puede ser congénita** (presente al nacer) **o adquirida** (por traumatismos, intervenciones quirúrgicas o enfermedades).

8.2. Características clínicas

El habla de una persona con disglosia suele presentar:

1. **Distorsión articulatoria** específica según la zona afectada.
2. **Sustituciones** o imposibilidad de producir ciertos fonemas.
3. **Hipernasalidad** o escape nasal del aire si hay alteración velopalatina.
4. Voz con **resonancia alterada**.
5. **Baja inteligibilidad** cuando hay múltiples estructuras comprometidas.

La **comprensión y el lenguaje interior están conservados**; el problema está en la ejecución motora por limitación física.

8.3. Clasificación de las disglosias

Se clasifican según la **estructura afectada**.

Tabla 8.1. Clasificación de disglosias.

Tipo de disglosia	Estructura afectada	Consecuencias más comunes
Labial	Labios (fisura, hipotonía, parálisis)	Dificultad en bilabiales y labiodentales (/p/, /b/, /m/, /f/)
Mandibular	Mandíbulas (prognatismo, retrognatismo)	Desajuste articulatorio general, alteración de fricativas y oclusivas
Dental	Dentición (maloclusión, pérdida dental, apiñamiento)	Afectación de /s/, /z/, /t/, /d/, /n/, /l/
Lingual	Lengua (macroglosia, anquiloglosia)	Dificultad con alveolares, líquidas, imprecisión articulatoria
Palatina	Paladar duro o blando (fisuras, incompetencia velar)	Escape nasal, dificultad con /k/, /g/, hipernasalidad

8.4. Evaluación logopédica

La evaluación debe incluir:

1. **Exploración anatómica directa:** observación, palpación, informes médicos.
2. **Evaluación articulatoria:** detección de fonemas afectados, análisis de errores (qué, cómo, dónde).
3. **Análisis perceptivo de la resonancia:** ¿hay nasalización?, ¿escapes de aire?
4. **Valoración de funciones orofaciales asociadas:** respiración, masticación, deglución.
5. **Colaboración con profesionales médicos:** foniatra, otorrino, cirujano maxilofacial, ortodoncista.

🔴 **Instrumentos útiles:** pruebas fonéticas, espectrogramas, grabaciones de voz, test de inteligibilidad.

8.5. Intervención logopédica

El tratamiento logopédico se adapta según el tipo y gravedad de la disglosia. Puede incluir:

1. **Motricidad orofacial:** para mejorar movilidad, tono y coordinación de las estructuras afectadas.
2. **Reeducación articulatoria:** buscar puntos de articulación compensatorios cuando sea necesario.
3. **Trabajo de resonancia:** técnicas para controlar la nasalidad (si hay incompetencia velar).
4. **Estimulación auditiva y visual** del fonema correcto.
5. **Adaptación del habla funcional** (que sea inteligible) si no se logra una producción normalizada.
6. **Coordinación con profesionales de la cirugía o la ortodoncia**, si es necesaria una corrección estructural previa.

Es importante **ajustar las expectativas terapéuticas según el caso**; en algunos, el objetivo será la corrección completa; en otros, una mejora funcional y la inteligibilidad.

👤 **Viñeta clínica: Clara, 7 años**

Clara fue diagnosticada al nacer con una **fisura labiopalatina**, intervenida quirúrgicamente en dos fases: el labio a los 5 meses y el paladar a los 12 meses. Aunque la cirugía fue temprana, mantiene compensaciones fonatorias que requieren intervención logopédica. Su habla ha mejorado, pero presenta hipernasalidad, escasa movilidad lingual y dificultad para articular /k/, /g/ y algunos grupos consonánticos. En la evaluación se observa escape nasal en oclusivas velares y disfunción velar. Se inicia tratamiento centrado en el **control del velo del paladar, reeducación articulatoria y praxias linguales**, coordinado con el ortodoncista para ajustar la mordida cruzada residual. En contextos de aula ruidosa, su inteligibilidad sigue siendo

limitada, lo que refuerza la importancia de la intervención interdisciplinar (logopedia, ortodoncia, foniatría).

🔴 Nota aplicada:

En casos de disglosia por fisura labiopalatina, la intervención logopédica debe coordinarse siempre con el equipo médico (ORL, cirugía maxilofacial, foniatría) y odontológico (ortodoncia). El trabajo conjunto en control velar, articulación y praxias, junto con los ajustes estructurales, permite mejorar no solo la producción fonética, sino también la inteligibilidad y la confianza comunicativa del niño en su vida diaria.

🔴 Resumen del capítulo

1. La disglosia es un **trastorno del habla de origen orgánico**, causado por **alteraciones estructurales congénitas o adquiridas en los órganos periféricos del habla**. No tiene origen neurológico ni funcional, sino anatómico.
2. **Afecta principalmente la articulación y la resonancia**, pero no el lenguaje como sistema.
3. **La evaluación** debe contemplar los **aspectos anatómicos y funcionales del habla**, y realizarse **dentro de un enfoque interdisciplinar**.
4. **El tratamiento** se basa en el trabajo de la **motricidad orofacial**, la **articulación compensada** (cuando es necesario adaptar el punto o modo de articulación por una alteración anatómica), y la **reeducción de la resonancia**.

🧠 Actividad de reflexión

Preguntas para pensar:

1. ¿Cómo distinguirías una disglosia de una disartria en un caso clínico?
2. ¿Por qué es importante trabajar con un equipo médico en casos de disglosia?
3. ¿Qué objetivos terapéuticos serían realistas en una disglosia palatina operada con hipernasalidad residual?

Capítulo 9

Lectura, Escritura y Dislexia

La lectura como ventana al lenguaje

La lectura constituye una de las mejores vías para comprender cómo funciona el lenguaje humano en el cerebro. El estudio de la dislexia —en sus formas evolutivas y adquiridas— ha permitido identificar procesos básicos de decodificación fonológica, acceso al léxico, integración semántica y control prosódico. Gracias a estas investigaciones, se han desarrollado muchos de los instrumentos fundamentales de la neuropsicología cognitiva, como las pruebas de conciencia fonológica, de lectura de pseudopalabras, de memoria verbal o de denominación rápida.

El análisis de la lectura y sus trastornos no solo describe una dificultad frecuente en la infancia y relevante en la clínica del adulto, sino que también ha ofrecido un **modelo privilegiado de investigación** sobre el procesamiento simbólico y la organización cerebral del lenguaje. Por ello, este capítulo dedica una atención especial a la lectura y a la dislexia, en coherencia con su relevancia científica, clínica y formativa.

9.1. La lectura como función aprendida

A diferencia del lenguaje oral, que se desarrolla de forma natural en el ser humano en condiciones normales de exposición lingüística, la lectura **es una habilidad cultural adquirida**. Esto significa que el ser humano no está biológicamente programado para leer, y **necesita una instrucción sistemática y prolongada** para adquirir esta capacidad. Leer implica traducir un código visual —los grafemas— en un código lingüístico interno —fonemas— con significado, lo que requiere de procesos complejos de conversión, reconocimiento y comprensión (Tabla 9.1).

El aprendizaje de la lectura depende de múltiples factores cognitivos y lingüísticos: conciencia fonológica, memoria verbal, atención sostenida, motivación y acceso léxico. Como señalan Morais y Adrián (2015), la lectura no surge espontáneamente por exposición, como ocurre con el habla, sino que debe ser enseñada y entrenada activamente, desde la identificación de letras hasta la comprensión global del texto.

La lectura es, por tanto, una forma de **«recuperar el habla desde lo escrito»** (Morais y Adrián, 2015), un proceso de transformación gráfica en fonología, y de fonología en significado. El aprendizaje lector también exige desarrollar una habilidad específica de identificación de palabras escritas, que no es innata y requiere automatización.

 **Tabla 9.1 Diferencias entre lengua oral y escrita**

Característica	Lengua oral	Lengua escrita
Adquisición	Natural, sin enseñanza formal	Aprendida, requiere instrucción
Canal	Auditivo	Visual
Fluidez	Espontánea, continua	Segmentada, estructurada
Dependencia del contexto	Alta (gestos, entonación, entorno)	Baja: debe codificar todo
Desarrollo	Precoz (desde los 12 meses)	Tardío (a partir de los 5-6 años)

Estas diferencias explican por qué **la lengua escrita es más vulnerable a la aparición de dificultades específicas**, como **la dislexia**. El cerebro humano no evolucionó para leer. La lectura es un «reciclaje neuronal» de circuitos originalmente dedicados a otras funciones (visión, lenguaje, atención), lo que hace que su adquisición dependa en gran medida de la calidad de la instrucción y de las capacidades y habilidades del aprendiz.

9.2. Etapas del aprendizaje lector

El desarrollo lector suele seguir una progresión en fases que se interrelacionan:

1. **Conciencia fonológica**: capacidad para percibir, segmentar y manipular sonidos del habla. Es el predictor más potente del éxito lector en las primeras etapas.
2. **Correspondencia grafema-fonema**: aprendizaje de las reglas de conversión entre letras y sonidos.
3. **Decodificación**: capacidad para leer palabras nuevas o inventadas a través de reglas fonológicas.
4. **Acceso al léxico visual u ortográfico**: reconocimiento automático de palabras familiares; requiere repetición y consolidación.
5. **Comprensión lectora**: integración del significado de las oraciones y del texto global a partir de la información léxica, sintáctica, pragmática y del conocimiento previo.

 **Nota.** La etapa de automatización de la identificación de palabras es fundamental. Sin esta automatización, el lector invierte demasiados recursos en la decodificación, dejando poca capacidad disponible para la comprensión.

9.3. Modelos de lectura: el modelo de triple ruta

El modelo de la doble ruta, uno de los más influyentes en la neuropsicología cognitiva y la logopedia, describe los mecanismos mentales implicados en la lectura de palabras. Aunque tradicionalmente se ha denominado «modelo de doble ruta», en realidad se reconocen **tres vías funcionales distintas**, que permiten explicar tanto el desarrollo lector como los errores que aparecen en diversos trastornos.

A) Ruta fonológica (o subléxica)

Es la vía que se activa para leer **palabras desconocidas**, pseudopalabras o aquellas que aún no se han consolidado en el léxico visual del lector. El procesamiento es analítico, letra por letra, siguiendo reglas de conversión **grafema** → **fonema**.

- Requiere una buena conciencia fonémica y dominio de las correspondencias ortográficas.
- Es fundamental en los primeros estadios del aprendizaje lector.
- Se basa en la decodificación sistemática y progresiva.

✦ **Ejemplo práctico:**

La palabra inventada «*blompa*», al no existir en el léxico, debe leerse aplicando la ruta fonológica: /b/ /l/ /o/ /m/ /p/ /a/.

B) Ruta léxica semántica (o visual directa)

Permite reconocer palabras familiares de forma **global y automática**, sin necesidad de analizarlas fonológicamente. Esta vía activa directamente la representación ortográfica de la palabra en el léxico visual y, desde ahí, accede a su forma fonológica y a su **significado**.

👉 Es el modo habitual de lectura de palabras frecuentes o con ortografía irregular. 👉

👉 Facilita una lectura fluida, rápida y comprensiva.

👉 Se desarrolla progresivamente conforme se amplía el léxico lector.

✦ **Ejemplo práctico:**

La palabra «*mesa*» puede leerse por ambas rutas, pero en lectores expertos predomina la lectura directa, visual y con acceso inmediato a su significado.

C) Ruta léxica no semántica

Esta tercera vía permite leer en voz alta **palabras conocidas**, accediendo a su forma ortográfica y fonológica, pero **sin activar su significado**. Está especialmente descrita en casos clínicos y resulta relevante en algunas situaciones específicas.

👉 Permite pronunciar correctamente palabras familiares sin comprenderlas.

👉 Está preservada en ciertos pacientes con daño semántico: pueden leer «*camello*» en voz alta, pero no saben qué significa.

👉 Se diferencia de la ruta léxica semántica en que **no implica activación del significado**.

✦ **Ejemplo práctico:**

Un paciente con deterioro semántico puede leer «*guitarra*» en voz alta con entonación adecuada, pero si se le pregunta qué es, no sabe responder.

➤ Interacción entre rutas:

Las tres rutas no son excluyentes. En realidad, **trabajan en paralelo y se refuerzan mutuamente**. Un lector hábil alterna entre ellas según el tipo de palabra, la tarea o el contexto. En las primeras etapas del aprendizaje lector, es esencial consolidar la ruta fonológica para construir un buen léxico ortográfico, lo que permitirá posteriormente un uso eficiente de las rutas léxicas.

🧠 Perspectiva neuropsicológica

Desde un punto de vista funcional y cerebral, cada ruta implica circuitos parcialmente diferenciados:

- **Ruta fonológica:** activación de regiones temporoparietales izquierdas (área de Wernicke, giro angular), asociadas al procesamiento fonológico.
- **Ruta léxica (semántica y no semántica):** activación de áreas occipitotemporales izquierdas, especialmente la llamada **área de la forma visual de las palabras** (en el giro fusiforme), vinculada al reconocimiento ortográfico.

📌 Se puede **resumir el modelo completo** al final con el siguiente cuadro sinóptico:

Ruta	Acceso	Requiere significado	Tipo de palabras	Ejemplo de uso
Fonológica	Subléxica (grafema → fonema)	✗ No	Nuevas, pseudopalabras	«blompa»
Léxica semántica	Léxica → semántica	✓ Sí	Frecuentes, conocidas	«mesa» (lectura comprensiva)
Léxica no semántica	Léxica → fonológica	✗ No	Frecuentes, conocidas	«camello» (lectura sin comprensión)

📖 9.4. Dislexia evolutiva: definición y características

La dislexia evolutiva o dislexia del desarrollo es un **trastorno específico del aprendizaje de la lectura**. **Afecta de forma significativa la precisión, la fluidez y, en consecuencia, la comprensión lectora**, a pesar de que el niño ha recibido una escolarización adecuada, presenta una inteligencia dentro de la normalidad y no se observan alteraciones neurosensoriales ni déficits graves en el entorno sociocultural.

 **Definición operativa** (según Cuetos, 2007; Morais y Adrián, 2015):

«La **dislexia** es un **trastorno del aprendizaje de la lectura de origen neurobiológico**, caracterizado por **dificultades en el reconocimiento preciso y/o fluido de las palabras**, así como por problemas en la decodificación y en la ortografía, **debidos a un déficit en el componente fonológico del lenguaje**».

 ¿Por qué es crucial **distinguir entre dislexia, retraso lector y lectura ineficaz**?

No todas las dificultades lectoras indican dislexia. Una evaluación adecuada permite diferenciar entre:

- **Dislexia:** Combinación de lentitud y errores persistentes, especialmente en palabras frecuentes o con ortografía irregular. Suele acompañarse de dificultades fonológicas y bajo rendimiento en tareas de conciencia fonémica.
- **Retraso lector:** Evolución más lenta del aprendizaje, con menor automatización, pero buena respuesta a la enseñanza estructurada. Puede deberse o estar asociado a una escolarización deficiente, problemas motivacionales, ambientales o de lenguaje general.
- **Lectura ineficaz:** El lector es rápido, pero comete errores por impulsividad, saltos de línea o falta de atención sostenida (lectura en diagonal). No presenta dificultades fonológicas, pero sí déficit en el control ejecutivo. Es típico en algunos casos de TDAH o perfil de alumno desmotivado.

 Para distinguir estos perfiles, no basta con medir la mecánica y la comprensión: hay que **escuchar y analizar la lectura en voz alta**.

 Esta distinción orienta la intervención logopédica y permite evitar diagnósticos equivocados o intervenciones innecesarias.

Características principales

1. **Lentitud lectora:** El niño lee despacio, incluso palabras sencillas. Su lectura suele ser silabeada o entrecortada.
2. **Errores fonológicos:** Sustituciones («casa» por «tasa»), omisiones («planta» → «panta»), inversiones («los» → «sol») o adiciones.
3. **Baja precisión** en la lectura de palabras y pseudopalabras.
4. **Dificultades en tareas de conciencia fonémica** (tareas metafonológicas): como eliminar o sustituir fonemas dentro de una palabra.
5. **Dificultades ortográficas persistentes**, incluso cuando la lectura mejora (escritura fonética, errores en grafías irregulares).
6. **Baja comprensión lectora secundaria:** no por un problema de comprensión en sí, sino por los errores mecánicos que interfieren en la decodificación.

Perfil lector disléxico típico:

- El niño suele leer **palabras frecuentes con esfuerzo**.
- Presenta **más dificultades con palabras largas, infrecuentes o pseudopalabras**.
- Suele **evitar la lectura espontánea**, ya que le resulta una tarea difícil y frustrante.
- Con frecuencia poseen un **buen lenguaje oral**, pero **baja memoria verbal a corto plazo y dificultades en el procesamiento fonológico**.

Ejemplo clínico:

Julían, 9 años: Su lectura es lenta, comete errores de sustitución y omisión, lee «moneda» como «morena», y no logra entender bien lo que ha leído. Su lenguaje oral es correcto y su CI está en la media. La evaluación logopédica muestra un bajo rendimiento en conciencia fonológica y en lectura de pseudopalabras. → **Diagnóstico: Dislexia evolutiva de predominio fonológico**.

9.5. Etiología y bases cognitivas de la dislexia evolutiva

La dislexia no es un trastorno homogéneo, pero **en la mayoría de los casos presenta una base fonológica común**, que se manifiesta en una **dificultad para establecer correspondencias precisas entre grafemas y fonemas**, y para manipular internamente las unidades sonoras del lenguaje. Su origen es neurobiológico, y no puede atribuirse a falta de inteligencia, problemas de visión, audición o motivación.

1. Déficit fonológico

Es la hipótesis más respaldada en la actualidad (Morais y Adrián, 2015). Se refiere a una **dificultad específica en el acceso, la representación o la manipulación de los sonidos del habla**. Esta dificultad afecta directamente al aprendizaje del principio alfabético y a la decodificación lectora.

◆ **Ejemplo típico:** dificultades para identificar qué sonido sobra en «plato» si quitamos la /p/, o para segmentar en fonemas la palabra «sol».

2. Dificultades en la memoria verbal a corto plazo

La dislexia suele acompañarse de una **baja capacidad de retención y manipulación de material verbal breve**, lo cual **afecta tanto a la decodificación como a la comprensión**. Esto se evalúa con tareas de repetición de pseudopalabras o dígitos.

3. Déficit en la automatización del procesamiento lingüístico

Muchos niños con dislexia presentan una **baja velocidad de procesamiento, que les impide automatizar tareas lectoras básicas**. Esto se relaciona con el concepto de **fluidez lectora**: incluso si comprenden las reglas de conversión, no logran aplicarlas con rapidez y eficacia.

4. Escasa conciencia fonémica en etapas tempranas

La conciencia fonémica es una **habilidad metalingüística que permite descomponer las palabras en unidades mínimas sonoras** (fonemas). Su adquisición deficitaria es un marcador temprano de riesgo de dislexia.

✚ *Cuanto antes se detecte este déficit, más eficaz será la intervención.*

🧠 Bases neurobiológicas

Los estudios de neuroimagen (fMRI, PET) han demostrado que, durante la lectura, el cerebro de las personas con dislexia **activa de forma atípica ciertas regiones del hemisferio izquierdo, y no consigue una integración eficaz entre sistemas visuales y fonológicos.**

✚ **Principales hallazgos** (Cuetos, 2007; Shaywitz, 2003):

- **Menor activación de áreas temporoparietales izquierdas**, encargadas de la conversión fonológica (giro supramarginal, giro angular).
- **Hipofuncionamiento en el área occipitotemporal izquierda**, especialmente en la región llamada área de la forma visual de las palabras (*visual word form area*), crucial para la lectura automática.
- **Conectividad deficiente entre regiones visuales** (decodificación) **y regiones lingüísticas** (fonología y semántica).
- **Aumento compensatorio de activación en regiones anteriores del hemisferio derecho**, lo cual refleja un esfuerzo adicional no eficiente en comparación con lectores sin dificultades.

🔗 9.6. Evaluación e intervención

📏 Evaluación

La evaluación de la dislexia debe ser integral, teniendo en cuenta tanto los procesos implicados directamente en el sistema lector como los factores externos que pueden influir en su desarrollo y expresión clínica. Entre estos **factores** se incluyen: la **inteligencia general**, la **percepción sensorial** (visual y auditiva), las **capacidades lingüísticas orales**, el **contexto sociocultural del niño** y también sus **aspectos emocionales y afectivos**, tales como la motivación, el vínculo con el entorno escolar o la ansiedad ante tareas lectoras. Todos ellos pueden condicionar el rendimiento en lectura y deben ser valorados cuidadosamente para distinguir una dislexia evolutiva de otras dificultades secundarias.

✚ **Objetivos de la evaluación:**

1. **Identificar** la presencia de un **trastorno lector** específico.
2. **Determinar el perfil** funcional del lector.

3. Establecer un plan individualizado de intervención.

✂ Instrumentos clásicos y actuales:

PROLEC / PROLEC-R (Cuetos et al., 1996, 2007)

Batería de referencia para niños de educación primaria. Evalúa:

- **Procesos léxicos:** lectura de palabras y pseudopalabras.
- **Procesos sintácticos y semánticos:** comprensión de oraciones y textos.
- **Procesos funcionales:** identificación de letras, conciencia fonológica.

 Útil para identificar el perfil lector general y comparar con la media escolar.

PROLEXIA (Cuetos, 2021)

Batería moderna y sensible, **basada en la teoría del déficit fonológico**. Tiene dos versiones:

◆ Batería de detección temprana (4-6 años):

- Tareas breves y lúdicas: conciencia fonológica, repetición de pseudopalabras, memoria, RAN (nominación rápida).
- Permite **detectar niños en riesgo antes de saber leer**, lo que favorece la intervención preventiva.

◆ Batería diagnóstica (7-70 años):

- Evalúa con gran detalle **habilidades específicas** relacionadas con la dislexia:
 - Omisión, inversión y sustitución de sílabas o fonemas.
 - Deletreo de palabras y pseudopalabras.
 - Lectura y dictado (palabras y pseudopalabras).
 - Velocidad y precisión en tareas RAN.

Ventajas:

1. **Breve (30 min)**, sencilla de aplicar, sólida base teórica y psicométrica.
2. **Valora tanto precisión como velocidad**, incluyendo en adultos.
3. Ofrece **pautas de intervención** según el perfil obtenido.
4. Altas tasas de **sensibilidad** (80%) y **especificidad** (93%).

Tareas habituales en evaluación clínica

- Conciencia fonológica: segmentación, omisión, sustitución, inversión.
- Lectura de palabras y pseudopalabras: precisión y tiempo.
- Tareas de comprensión lectora: literal, inferencial, global.

- Dictado de palabras: errores ortográficos fonológicos y arbitrarios.
- Nominación rápida (RAN): medida indirecta de acceso léxico y velocidad de procesamiento.

📌 **Importante:** valorar también la **memoria verbal a corto plazo y la automatización**, aspectos muy afectados en dislexia.

🌱 Intervención

La intervención debe ser temprana, intensiva, estructurada y adaptada al perfil del niño. Se recomienda trabajar desde un enfoque multicomponente, tal como se propone en plataformas como *Smartick Lectura*, *Leeduca* o *Inventapalabras*, así como en programas basados en evidencia, por ejemplo, los apartados específicos para educadores recogidos en *Hacer buenos lectores* (Morais y Adrián, 2015).

🎯 Principales líneas de intervención:

1. Conciencia fonológica

- Rimas, segmentación, manipulación de fonemas, juegos orales.
- Ejercicios de omisión, sustitución e inversión de sonidos.

2. Correspondencia grafema-fonema

- Enseñanza explícita y multisensorial.
- Reglas fonológicas regulares y excepciones.

3. Lectura repetida y guiada

- Favorece la fluidez y automatización.
- Retroalimentación correctiva inmediata.

4. Entrenamiento del léxico visual

- Palabras frecuentes, irregulares y funcionales.
- Reconocimiento global con apoyo visual.

5. Comprensión lectora

- Uso de estrategias metacognitivas (preguntas, inferencias, resumen, esquemas).
- Activación de conocimientos previos y trabajo con conectores y anáforas.

6. Apoyo escolar y adaptaciones

- Tiempo extra, material adaptado, textos con estructura clara y apoyos visuales.

📚 **Recomendación adicional para el aula y gabinetes clínicos:**

Promover **lectura compartida**, **lectura en voz alta** y **lectura por placer**. El uso de cuentos adaptados, textos con pictogramas o aplicaciones educativas gamificadas —a

veces llamadas «ludificadas» en español— como en el **programa Smartick** puede motivar y reforzar el aprendizaje lector y ayudar en las dificultades específicas que ocurren en la dislexia.

9.7. Dislexia adquirida: daño cerebral y afasia

A diferencia de la dislexia evolutiva, que aparece durante el desarrollo infantil y tiene un origen funcional (principalmente fonológico), la dislexia adquirida es un trastorno de la lectura que **surge tras una lesión cerebral en personas que ya sabían leer** con normalidad. Es, por tanto, una **alteración secundaria a una patología neurológica**, y **suele ir asociada a una afasia** u otro tipo de trastorno cognitivo-lingüístico.

 Causas más frecuentes:

- Ictus isquémicos o hemorrágicos
- Traumatismos craneoencefálicos (TCE)
- Tumores cerebrales
- Enfermedades neurodegenerativas (menos frecuente en fases iniciales)

Estas lesiones **suelen afectar a áreas temporoparietales o perisilvianas del hemisferio izquierdo**, implicadas en el procesamiento del lenguaje y la lectura.

Tipos de dislexia adquirida

El estudio de las dislexias adquiridas ha sido **clave para comprender los modelos cognitivos de la lectura**, en particular el modelo de doble ruta, posteriormente denominado de triple ruta. Según este modelo, el daño cerebral puede afectar selectivamente a una de las vías de procesamiento, dando lugar a **síndromes disléxicos diferenciados**:

Dislexia fonológica

- **Se daña la ruta fonológica**, responsable de convertir letras en sonidos (grafema → fonema).
- El paciente puede leer palabras familiares, pero tiene **dificultades con pseudopalabras** o palabras desconocidas.
- Se **conserva la ruta léxica** (reconocimiento global de palabras almacenadas en la memoria).

✓ Errores típicos:

- **Sustituciones visuales:**
 - casa → cosa
 - pelo → peso
- **Dificultades con pseudopalabras:**
 - moripe → error o sustitución por palabra conocida (lexicalizaciones).

- **Omisiones o adiciones al leer palabras nuevas o inventadas.**

✚ **Observación:**

Pueden leer bien «sol», «mesa» o «camino», pero fallan al intentar leer pseudopalabras como «frapino», «lurenca» o también nombres propios poco comunes como «Dioclecio».

Dislexia superficial

- Se **daña la ruta léxica**, que permite reconocer la forma ortográfica global de palabras.
- El paciente **lee letra por letra, aplicando reglas de conversión grafema-fonema** incluso cuando no son adecuadas para acceder a la pronunciación de la palabra, como en «Holywood».
- Se **conserva la ruta fonológica**, por lo que pueden leer pseudopalabras.

✓ **Errores típicos:**

- **Regularizaciones:**
 - look → lok
 - pizza → pisa
 - yogurt → iogur
- **Lectura silábica lenta y forzada de palabras conocidas:**
 - escena → es-ke-na
 - guitarra → gui-ta-rra
- Dificultades con **palabras irregulares o extranjeras integradas al español.**

✚ **Observación:**

El paciente puede leer bien pseudopalabras como «borate» o «siruma», pero fallará con «peugeot», «sándwich» o «jeans», si no tiene acceso al léxico ortográfico.

Dislexia profunda

- **Se alteran ambas rutas** de lectura: fonológica y léxica.
- El paciente **no puede leer pseudopalabras** (por daño en la ruta fonológica), **ni reconocer palabras conocidas** globalmente (por daño en la ruta léxica).
- Se apoya en estrategias semánticas aproximadas para intentar comprender el texto.

✓ **Errores típicos:**

- **Paralexias semánticas** (errores por sustitución de palabras con significado relacionado):
 - perro → gato
 - mesa → silla
 - rey → príncipe
- **Errores visuales y derivacionales:**
 - cantar → contar
 - marino → marinero
- Gran dificultad para leer pseudopalabras:
 - pelonte, galuso → imposibilidad de leerlas.
 - Lectura muy limitada y dependiente del contexto.

📌 **Observación:**

Es el tipo de dislexia más grave. El paciente no accede ni al sonido ni a la forma ortográfica completa, y tiende a interpretar lo que ve, generando errores por sentido.

Los tipos de dislexia adquirida explicados se resumen brevemente en la Tabla 9.2.

📊 **Tabla 9.2. Comparación rápida entre los diferentes tipos de dislexia adquirida**

Tipo de dislexia	Ruta alterada	Puede leer pseudopalabras	Puede leer palabras conocidas	Errores característicos
Fonológica	Fonológica	✗	✓	Visuales, dificultad con pseudopalabras
Superficial	Léxica	✓	✗ (irregulares o extranjeras)	Regularizaciones
Profunda	Ambas	✗	✗	Paralexias semánticas, errores visuales y derivacionales

🗨️ **Relación con afasias**

La **dislexia adquirida** suele presentarse como un **síntoma asociado a determinados tipos de afasia**, dado que ambas comparten mecanismos neuropsicológicos implicados en el procesamiento lingüístico.:

- Afasia de conducción → dislexia fonológica

- Afasia anómica o leve → dislexia superficial
- Afasias mixtas o globales → dislexia profunda

La **evaluación conjunta del lenguaje oral y escrito** es **esencial para establecer un diagnóstico preciso** y guiar la intervención.

✂ Intervención logopédica

- **Dislexia fonológica:** ejercicios de lectura de pseudopalabras, entrenamiento en reglas grafema-fonema, lectura repetida.
- **Dislexia superficial:** fortalecimiento del léxico visual u ortográfico, lectura de palabras con ortografía irregular, uso de tarjetas y presentación global.
- **Dislexia profunda:** intervención más amplia, combinada con rehabilitación del lenguaje oral, apoyo visual y tareas semánticas.

📌 Nota. El **tratamiento** debe ser **individualizado**, progresivo, funcional y realista, **en colaboración estrecha con la familia** y, cuando sea necesario, **con un equipo interdisciplinar** formado por profesionales del ámbito educativo, neuropsicológico y logopédico.

👤 **Viñeta clínica: Marcos y Carmen**

😊 **Caso 1:** Marcos, 8 años. **Dislexia evolutiva**

Motivo de consulta:

Su maestra de segundo de primaria refiere que **lee con lentitud**, comete muchos errores y evita la lectura en voz alta. Su rendimiento en comprensión lectora está por debajo de lo esperado, aunque responde bien en actividades orales.

Historia escolar y familiar:

Desarrollo del lenguaje oral dentro de la normalidad. Sin antecedentes neurológicos ni sensoriales. Entorno familiar colaborador, con hábitos lectores.

Evaluación logopédica:

- Baja precisión en lectura de palabras y pseudopalabras (PROLEC-R).
- Dificultades significativas en conciencia fonológica: omisión, sustitución e inversión de fonemas.
- Ralentización marcada en tareas de nombramiento rápido (RAN).
- El perfil obtenido en PROLEXIA indica un riesgo elevado de dislexia de componente **fonológico**.
- Comprensión lectora afectada por errores mecánicos.

Diagnóstico:

Dislexia evolutiva de predominio fonológico.

Intervención propuesta:

- Entrenamiento explícito en conciencia fonológica y correspondencias grafema-fonema.
- Lectura guiada con apoyo visual y auditivo.
- Consolidación del léxico visual.
- Adaptaciones escolares: más tiempo, lectura compartida, textos estructurados.
- Colaboración escuela-familia-logopeda.

Pronóstico:

Favorable si se mantiene una intervención específica y continuada, dada su edad y capacidad general.

 Caso 2: Carmen, 64 años. **Dislexia adquirida fonológica****Motivo de consulta:**

Tras sufrir un **ictus en el hemisferio izquierdo**, Carmen presenta dificultades para leer y escribir, además de un habla algo vacilante. Antes del ictus era una lectora habitual sin problemas de lenguaje.

Historia médica:

Ictus isquémico hace 5 meses. Lesión en la región temporoparietal izquierda. Hipertensión controlada, sin deterioro cognitivo previo. Vive con su pareja, que apoya su rehabilitación.

Evaluación logopédica:

- Lenguaje oral afectado por anomia leve y dificultades en repetición.
- Conserva la lectura de palabras frecuentes, pero no puede leer pseudopalabras.
- Errores de tipo lexical y fonológico.
- Escritura alterada: invierte letras y omite sílabas.

Diagnóstico:

Dislexia adquirida fonológica secundaria a una afasia leve de conducción.

Intervención propuesta:

- Trabajo específico con pseudopalabras y sílabas complejas.
- Apoyo visual (letra + imagen) y auditivo.
- Actividades de lectura funcional (carteles, recetas, instrucciones).
- Refuerzo emocional y familiar.

Pronóstico:

Comprometido en lectura fluida debido a la persistencia del déficit fonológico, aunque favorable en comprensión general y funcionalidad. Se prioriza una intervención orientada a la compensación práctica.

Reflexión final

Tanto Marcos como Carmen presentan dificultades lectoras significativas, pero con etiologías, edades, perfiles y necesidades muy distintas. Estas viñetas permiten al estudiante observar cómo el logopeda debe ajustar su intervención en función del origen del trastorno, la etapa del desarrollo, las capacidades preservadas y el contexto de cada persona.

Resumen del capítulo

1. La lectura es una habilidad cultural aprendida, no natural, que requiere un proceso sistemático de enseñanza. Se basa en la traducción de grafemas a fonemas y en la integración semántica.
2. A diferencia del lenguaje oral, la lengua escrita es más tardía, estructurada y dependiente del aprendizaje formal, por lo que es más vulnerable a la aparición de trastornos específicos.
3. El modelo de doble ruta explica dos formas de leer:
 - Ruta fonológica: necesaria para leer palabras nuevas y pseudopalabras.
 - Ruta léxica: permite reconocer automáticamente palabras conocidas.
4. La dislexia evolutiva es un **trastorno del desarrollo** que **afecta la lectura por un déficit fonológico**. Se manifiesta por lentitud, errores mecánicos, baja comprensión y dificultades en tareas de conciencia fonológica.
5. Las **principales causas cognitivas** son:
 - Déficit fonológico
 - Baja memoria verbal a corto plazo
 - Déficits en automatización
 - Escasa conciencia fonémica
6. A **nivel cerebral**, se observa **menor activación en áreas temporoparietales izquierdas y dificultad en la integración visual-fonológica**.
7. Para **evaluar la dislexia**, se utilizan baterías como **PROLEC-R** (escolar) y **PROLEXIA** (detección temprana y diagnóstico hasta la edad adulta). Estas permiten identificar perfiles lectores y orientar la intervención.
8. La **intervención debe ser temprana**, estructurada y adaptada, basada en conciencia fonológica, decodificación, lectura guiada y refuerzo del léxico visual, con apoyo familiar y escolar.
9. La **dislexia adquirida** aparece **tras una lesión cerebral** y puede presentarse como:
 - Fonológica (alteración de la ruta fonológica)
 - Superficial (alteración de la ruta léxica)
 - Profunda (afectación de ambas rutas, con errores semánticos)
10. **A través de viñetas clínicas**, se **ejemplifican las diferencias entre dislexia evolutiva** (niño con dificultades fonológicas desde el inicio del aprendizaje) y **dislexia adquirida** (persona adulta con daño cerebral).

11. **Comprender la lectura como proceso neuropsicológico permite al logopeda intervenir con criterio**, diferenciando entre causas funcionales y neurológicas, y ofreciendo una rehabilitación ajustada al perfil de cada paciente.

 Actividad de reflexión

Preguntas para pensar:

1. ¿Qué diferencias fundamentales existen entre la dislexia evolutiva y la adquirida, tanto en su origen como en su presentación clínica?
2. ¿Por qué es esencial evaluar la conciencia fonológica incluso cuando el niño ya sabe leer?
3. ¿Qué papel desempeña la velocidad en la lectura y por qué es importante valorar no solo la precisión sino también la velocidad de ejecución?
4. Imagina un caso de un adolescente que ha compensado su dislexia. ¿Qué dificultades podrían persistir en su escritura o comprensión de textos académicos? (*Consulta el Anexo III para orientarte en tu respuesta.*)
5. ¿Qué criterios te ayudarían a decidir si un alumno necesita adaptaciones escolares además de intervención logopédica?

Capítulo 10

Afasias

10.1. ¿Qué es la afasia?

La afasia es un **trastorno del lenguaje adquirido** que afecta a una o varias de sus dimensiones (expresión oral, comprensión verbal, lectura y escritura) como consecuencia de una lesión cerebral, normalmente focal, en sujetos que previamente habían desarrollado el lenguaje. Se trata de un déficit en el procesamiento **simbólico** del lenguaje, no explicable por déficits sensoriales, motores, ni por alteraciones intelectuales generales.

A diferencia de las disfasias o del TEL/TDL (Trastorno del Desarrollo del Lenguaje), que tienen un origen evolutivo y se manifiestan desde la infancia, la afasia aparece en la edad adulta o en fases tardías del desarrollo —una vez que ya se ha adquirido lenguaje—, y suele producirse de forma súbita tras daño cerebral adquirido (DCA); tras ictus, traumatismo craneoencefálico (TCE), procesos degenerativos, etc.



10.2. Bases anatómicas y funcionales

Aunque éstas se estudien más en profundidad en otras asignaturas, es conveniente recordar lo básico sobre las mismas. Tradicionalmente, el enfoque localizacionista comenzado en el siglo XIX (Broca, Wernicke, etc.) asocia diferentes regiones cerebrales con aspectos particulares del lenguaje. Actualmente sabemos que el lenguaje, al completo, no está localizado en un único «centro», sino que emerge de la interacción entre múltiples estructuras cerebrales que conforman un sistema funcional complejo. Las áreas clásicamente implicadas en la producción y comprensión del lenguaje se localizan en el hemisferio izquierdo (en la mayoría de diestros, 90-95%, y de zurdos, 60-70%), incluyendo:

- **Área de Broca** (áreas de Brodmann 44 y 45): relacionada con la articulación, la programación motora del habla y la sintaxis.
- **Área de Wernicke** (área 22 posterior): implicada en la comprensión auditiva del lenguaje.
- **Fascículo arqueado**: vía de conexión entre las áreas anteriores, esencial para la repetición.
- **Regiones parietales (áreas 39 y 40)**: intervienen en tareas más integradas como la lectura, escritura, formación de conceptos y denominación.

Esta clasificación anatómica del lenguaje no ha sido la única propuesta en la bibliografía, existen otras, más funcionales que anatómicas. Por ejemplo, desde el **enfoque neuropsicológico tradicional de Luria**, el lenguaje se apoya en la cooperación de **tres bloques funcionales**:

- **Bloque I:** activación general y regulación cortical (tronco del encéfalo y corteza prefrontal medial).
- **Bloque II:** recepción y análisis de la información sensorial (lóbulos occipital, temporal y parietal).
- **Bloque III:** planificación, programación y control de la conducta verbal (lóbulos frontales).

✦ La lesión en uno o varios de estos bloques da lugar a síndromes lingüísticos diversos, que no siempre se ajustan a las categorías clínicas clásicas (afasia de Broca, de Wernicke, de conducción, etc.). Éstas últimas emergen de la asociación de las regiones mencionadas antes (área de Broca, de Wernicke, etc.) con un conjunto de síntomas y signos particulares (lesión en área de Broca con afasia de producción o de Broca; en área de Wernicke con afasia de comprensión o de Wernicke; en el fascículo arqueado con afasia de conducción; sus combinaciones o variaciones [v.g.: afasia global] y sus correspondientes afasias extraperisilvianas [transcorticales]). Que diferentes organizaciones de lesiones (clásicas frente a bloques funcionales de Luria), puedan generar diferentes clasificaciones de afasias nos permite ilustrar el hecho de que existen diferentes tipos de clasificaciones de afasias. En este capítulo nos centraremos en la clasificación clásica (apartado 10.6 y 10.7) puesto que es la más extendida en la clínica (proviene del entorno médico), pero al final del apartado 10.7 se mencionan otras, por si se quisiera profundizar en ellas a título personal.

🧠 **Nota histórica crítica: más allá del localizacionismo clásico**

Las diferentes formas de clasificar afasias existentes tienen sentido porque, aunque el modelo localizacionista de Broca-Wernicke-Geschwind ha sido útil para la enseñanza y clasificación de las afasias tradicionalmente, desde la investigación actual se considera una **representación simplificada**. Desde la neurociencia y la neuropsicología moderna se entiende que el lenguaje depende de **redes funcionales distribuidas** y que los síndromes clásicos no siempre reflejan la realidad clínica de forma pura. Investigadores actuales, como Nina Dronkers y otros, realizan un magnífico trabajo para comprender mejor las afasias desde una perspectiva funcional y como propiedad emergente de redes neuronales distribuidas (no localizacionista). Por ejemplo, en uno de sus trabajos encontraron cinco regiones críticas en tareas de comprensión de oraciones (no una; cinco), y éstas no siempre correlacionaban con las clasificaciones de afasia de Broca o de Wernicke de los participantes; en pacientes con diagnóstico de afasia de Broca crónica, sólo el 75% tenía lesión en el área de Broca; las lesiones específicas y exclusivas del área de Broca suelen producir mutismo transitorio (3-6 semanas), concluyendo que se deben lesionar otras regiones además de esta (favoreciendo la visión reticular-funcional). Existen otros datos en la bibliografía que no cuadran con la visión clínica clásica, sin embargo, no son mencionados por no ser exhaustivos.

Esta crítica al localizacionismo no es nueva. Siempre ha existido (e incluso en algunas subdisciplinas es predominante). La prueba es que autores como Hughlings Jackson (1871) y David Ferrier (1876), coetáneos a Paul Broca y Karl Wernicke, ya advertían

que el cerebro opera de forma jerárquica y dinámica (Crystal, 1983). Desde el inicio de la visión clásica hubo personas en el mundo académico que apostaban por una visión funcional, aunque todavía no definida, del cerebro. Esa visión siguió existiendo en el mundo académico. Actualmente, el modelo actual de la doble ruta, con las **redes dorsal y ventral** propuestas por Hickok y Poeppel (2007) (y otros) integra esta visión funcional y neuroanatómica, para explicar los déficits lingüísticos evidenciados en las afasias. Sin embargo, su explicación es más compleja que la linealidad imperante en la clasificación clásica, lo que lo hace menos práctico (pero más preciso a nivel explicativo). La realidad es que, en la práctica clínica continúa predominando el uso de la nomenclatura y la lógica clásicas.

10.3. Etiología y causas frecuentes

Las causas más comunes de afasia son:

- **Accidentes cerebrovasculares (ACVs):** tanto isquémicos como hemorrágicos; constituyen la causa más frecuente de afasia súbita. Las consecuencias cognitivas, conductuales y lingüísticas son multifactoriales; dependen de su localización, su extensión, la recuperación posterior, etc.
- **Traumatismo craneoencefálico (TCE):** Daño tisular producido por impacto mecánico contra el tejido cerebral, de diversa intensidad, que causa: daño focal (en la zona del impacto); daño alrededor de la zona del impacto, de gravedad variable y con gradiente de afectación (más, cuanto más cerca de la zona del impacto; a esta región se le suele denominar como zona de penumbra, o zona perilesional; y daño por contragolpe (con diversa probabilidad de ocurrencia), en la zona opuesta del encéfalo, por desplazamiento y choque del cerebro debido a fuerzas mecánicas derivadas del impacto (inversa de la inercia). Los TCEs pueden ser cerrados o abiertos. También puede generar daño axonal difuso por la acción sobre la sustancia blanca de las fuerzas mecánicas residuales del impacto.
- **Tumores cerebrales:** Proliferaciones celulares neoplásicas (crecimiento nuevo de tejido debido a proliferación progresiva e incontrolada de células). El daño lingüístico puede ser consecuencia de la intervención quirúrgica para extirpar el tumor y/o de otras causas secundarias a éste (aumento de presión intracraneal, hidrocefalia, angiogénesis tumoral que curse con extravasación de sangre en el parénquima nervioso, etc.).
- **Enfermedades neurodegenerativas:** afecciones progresivas y actualmente no reversibles del sistema nervioso central por diferentes causas que implican en su mayoría, muerte neuronal. En este grupo se incluyen alteraciones lingüísticas como la afasia progresiva primaria o ciertas variantes del Alzheimer, entre otras muchas.
- **Infecciones, anoxias o encefalitis:** menos frecuentes, pero posibles.

La localización de la lesión y su extensión determinarán la gravedad y el tipo de afasia resultante. Se estudian con mayor profundidad en otras asignaturas; se recomienda su estudio para integrar el conocimiento de manera holística.

💡 10.4. Semiología y sintomatología

En las afasias, los errores en el lenguaje afectan en diferente grado a los componentes del lenguaje (la fonología, la morfosintaxis, el léxico, la semántica y la pragmática). Entre otros muchos síntomas, se evidencia también anomia (dificultades para encontrar palabras), parafasias (sustituciones de sonidos o palabras), en algunas variantes de afasia también neologismos, e incluso jergafasia en los casos más graves. El habla puede volverse agramatical y disprosódica. El conjunto de síntomas lingüísticos evidenciados en afasias se puede abarcar realizando un **análisis semiológico** del mismo. La semiología es la disciplina que estudia los signos (en general; por ejemplo, en medicina, realiza las agrupaciones de síntomas y signos que, en conjunto, clasifican enfermedades). El análisis semiológico del lenguaje, por tanto, abarca el estudio de los signos lingüísticos que se evidencian en los pacientes y que nos permiten conocer su estado lingüístico, realizar evaluaciones del mismo y supervisar su evolución en el tiempo.

Desde una perspectiva clínica, los síntomas afásicos pueden clasificarse en dos grandes grupos:

👉 a) **Síntomas reductivos** (pérdida o empobrecimiento de funciones):

- **Agramatismo:** habla telegráfica, omisión de morfemas gramaticales. Predominio emisor de términos con contenido sobre palabras funcionales, pudiendo aparecer sin flexionar.
- **Anomia:** dificultad para evocar palabras, con pausas frecuentes.
 - **Semántica.** Dificultad al evocar y reconocer significados de palabras.
 - **De selección o de evocación.** También llamada anomia pura. Dificultad de evocación del término deseado, manteniendo el conocimiento de la misma (fenómeno de «punta de la lengua»).
 - **De producción.** Se conoce el significado, se selecciona correctamente la palabra deseada en el léxico, pero fallan los mecanismos articulatorios (no se logra pronunciar).
 - **Anomia frontal.** Fallo inhibitorio, se generan parafasias por asociaciones indebidas.
 - **Anomia de iniciación articulatoria.** Fallos por incapacidad del inicio del habla.
 - **Anomia por reducción articulatoria.** Fallo por defecto articulatorio (típico en afasia de producción).
 - **Anomia dubitativa.** También llamada anomia parafásica. Se generan aproximaciones sucesivas.
 - **Anomia por desintegración fonémica.** No emisión de palabras correctas por presencia de neologismos, jergafasia y parafasias (típica en afasia de comprensión).
- **Anartria o Mutismo:** reducción drástica de la producción verbal.
- **Disprosodia:** alteraciones en la entonación y ritmo del habla por reducción de su capacidad.

- **Alexia y agafia:** afectación de la lectura y escritura.
- **Reducción nominal:** disminución del conjunto de fonemas, sílabas o palabras que son emitidas cuando el sujeto intenta hablar. Pueden darse por esterotipias.

👉 **b) Síntomas deformativos** (alteración del contenido del lenguaje):

- **Errores fonéticos:** errores articulatorios que deforman la emisión verbal.
- **Disintaxis o paragramatismo:** emisión de frases que atentan contra las reglas morfosintácticas sin reducir su número de elementos (en el agramatismo se reduce; en el paragramatismo se altera, v.g.: «ellos... paseo» [agramatismo] frente a «Mi están con el paseo» [paragramatismo]).
- **Parafasias:** deformación o desviación de la producción fonológica, verbal o nominal, con fluidez normal (excluye problemas articulatorios), resultando en el cambio de una palabra por otra, o por una pseudopalabra.
 - **Parafasias fonológicas:** cambio de uno, o varios, fonema(s) por otro(s). Debe ser menos del 50% de la palabra original (de ser más, se considera neologismo). Pueden ser por sustitución, por adición, por omisión o por desplazamiento.
 - **Parafasias verbales:** cambio de una palabra por otra. Pueden ser semánticas (cambio de una palabra por otra que tenga relación semántica entre ellas, silla → mesa); formales (cambios que tengan parecido fonológico, platos → plátanos); morfélicas (variaciones morfélicas, estudiaría → estudiaré); o no relacionadas (si no tienen relación evidente).
 - **Parafasias sintagmáticas:** cambios de palabras o fragmentos de ellas dentro de una frase. También se denominan telescopajes sintagmáticos o errores sintagmáticos.
 - **Telescopajes sintagmáticos:** combinación de fragmentos de palabras diferentes, pero relacionadas, que compiten (a nivel computacional-cerebral) por ocupar la misma posición en una frase. V.g.: «aprovechemos el *intercanso* para irnos» [*intercanso*: combinación de «intermedio» y de «descanso»].
- **Neologismos:** invención de palabras sin significado, pudiendo ser modificaciones de palabras reales (más del 50% de la palabra original).
- **Jergafasia:** discurso fluido pero incoherente, con abundantes errores. Pueden ser semánticas, neológica o fonémica.

🔍 **Otros síntomas importantes:**

- **Ecolalia:** repetición involuntaria de lo que se oye.
- **Conducta de aproximación o tanteo** (*Conduite d'approche*): correcciones sucesivas para acercarse al sonido o palabra deseada.
- **Circunloquios:** rodeos verbales cuyo mensaje da a entender algo que podría explicarse con mayor brevedad.
- **Perseveraciones:** utilización continuada de fonemas o palabras utilizadas anteriormente.
- **Expresiones ajenas:** comentarios multiléxicos y/o multisemánticos no relacionados, o relacionados secundariamente, con la expresión objeto de evaluación.

Recuadro clínico: ejemplos reales de errores afásicos

- **Parafasia fonológica:** «tarro» por «carro»
- **Parafasia semántica:** «tenedor» por «cuchillo»
- **Neologismo:** «frimbolar» por «caminar»
- **Conducta de aproximación o tanteo:** «ca... ca... carro»
- **Jergafasia:** «el reloj de la puerta me suena para sí por la taza»

 Estos errores ayudan a distinguir entre **síntomas deformativos** (alteración del contenido lingüístico) y **reductivos** (empobrecimiento del lenguaje).

10.5. Trastornos asociados a la afasia

Dado que las afasias suelen deberse a lesiones amplias en el cerebro, es frecuente que se acompañen de otros trastornos neurológicos o cognitivos:

a) Trastornos motores:

- **Hemiparesia o hemiplejía contralateral al hemisferio cerebral dañado:** principalmente el daño será en el hemisferio izquierdo, por lo que la hemiplejía será derecha de manera comórbida a los problemas lingüísticos. Existirá hemiplejía especialmente si hay afectación frontal o capsular.
- **Disartria afásica:** trastorno de la articulación derivado de la propia afasia; a diferencia de la disartria motora pura (como en parálisis cerebral o ELA), no se debe a una alteración en la ejecución motora, sino en la planificación articulatoria vinculada al lenguaje (Tabla 10.1). Véase las características de la disartria en el tema 7.
- **Apraxia del habla** (o dispraxia verbal): dificultad para **programar** los movimientos del habla pese a una buena movilidad orofacial; puede coexistir con la afasia de Broca y afecta a la fluidez y precisión del habla voluntaria (Tabla 10.1).

b) Trastornos sensoriales y perceptivos:

- **Hemianopsia derecha:** si la lesión afecta las radiaciones ópticas izquierdas.
- **Agnosias visuales o auditivas:** dependiendo de la localización.
- **Somatognosia o heminegligencia derecha:** si hay afectación parietal extensa.
- **Amusia adquirida:** trastorno específico de la percepción o producción musical; puede presentarse asociada a lesiones temporales derechas o, en menor medida, izquierdas. Será tratada con más detalle en el **Capítulo 11**.

c) Trastornos emocionales y adaptativos:

- Ansiedad, depresión reactiva, alteración de la identidad comunicativa y del rol social, aislamiento...

 **Tabla 10.1.** Cuadro comparativo: **Disartria afásica** frente a **Apraxia del habla**

Característica	Disartria afásica	Apraxia del habla
Tipo de alteración	Motora / ejecución	Motora / planificación
Coordinación	Conservada	Afectada (especialmente secuencias)
Voz y respiración	A menudo alteradas	Generalmente conservadas
Prosodia	Monótona, lenta	Irregular, con pausas dubitativas
Errores	Consistentes	Inconsistentes
Iniciación del habla	No especialmente alterada	Gravemente afectada
Comprensión / léxico	Conservados	Conservados
Tarea repetitiva	Igual de alterada que el habla espontánea	Puede mejorar

10.6. Clasificación clínica-clásica de las afasias

Como ya se ha mencionado, existen diversas formas de clasificar las afasias. La más utilizada en el ámbito clínico y logopédico es la **clasificación sindrómica** clásica, que distingue entre afasias fluentes y no fluentes según la expresión verbal del paciente³, y se basa en tres criterios principales:

1. **Expresión verbal espontánea:** fluida o no fluida.
2. **Comprensión auditiva:** preservada o alterada.
3. **Capacidad de repetición:** conservada o deficiente.

A partir de esta combinación de factores se definen los principales **síndromes afásicos centrales y transcorticales**.

a) Afasias no fluentes (expresión verbal reducida o agramatical)

- Afasia de Broca
- Afasia transcortical motora
- Afasia global

b) Afasias fluentes (expresión con buen ritmo, pero alterada en contenido)

- Afasia de Wernicke
- Afasia transcortical sensorial
- Afasia de conducción
- Afasia anómica

³ En el entorno clínico se suele comenzar evaluando si el paciente repite o no repite, para diferenciar en ese primer paso entre afasias transcorticales o centrales; y posteriormente se evalúa si se es fluente o no. En el entorno académico se organiza según la secuencia lingüística teórica que se ha ido construyendo a partir de los datos empíricos y se distinguen entre fluentes o no fluentes en primera instancia. En cualquier caso, el resultado final en esta clasificación clásica es equivalente.

■ Otra forma de agrupar las afasias clínicas-clásicas es en función de su **localización topográfica** respecto a la cisura de Silvio:

- **Afasias perisilvianas:** afectan áreas clásicas del lenguaje (Broca, Wernicke, conducción, global). Suelen cursar con alteración de la repetición y mayor gravedad.
- **Afasias extraperisilvianas (transcorticales):** afectan zonas asociativas, con repetición conservada. Tienen mejor pronóstico funcional.

✚ Las **afasias transcorticales**, aunque menos frecuentes, **permiten preservar la repetición** debido a que el fascículo arqueado no está dañado, y se clasifican en:

- Transcortical motora: alteración en la producción con comprensión y repetición conservadas.
- Transcortical sensorial: comprensión afectada pero buena repetición.
- Transcortical mixta: afecta expresión y comprensión, pero mantiene repetición.

Esta clasificación, aunque útil, **no siempre refleja la complejidad de los cuadros clínicos reales**, especialmente en fases subagudas o en pacientes con daño extenso o múltiple.

✚ **¿Sabías que?** El término «transcortical» no es aceptado por toda la comunidad científica por falta de consenso sobre su precisión, pese a ser muy utilizado y denotar un grupo de tipos de afasias que sirven para diagnóstico y para transmitir información técnica entre profesionales. *Stricto sensu*, el término «transcortical» implica aislamiento anatómico (en este caso, de regiones perisilvianas), sin embargo, muchos pacientes con estos tipos de afasias no muestran desconexión anatómica de las áreas tradicionalmente asociadas al lenguaje. Por ello tiene connotaciones funcionales (no anatómicas en todos los casos) haciendo que el término anatómico de «transcortical» no sea del agrado de toda la comunidad científica. En cualquier caso, a nivel clínico tiene total actualidad y uso.

📄 10.7. Principales síndromes afásicos clásicos

A continuación, se describen brevemente los síndromes afásicos más relevantes desde el punto de vista clínico y logopédico (se resumen en la Tabla 10.2):

Afasia de Broca:

- **Localización de la lesión:** región opercular del lóbulo frontal inferior izquierdo (área de Brodmann 44/45).
- **Expresión:** no fluente, con esfuerzo articulatorio, agramatismos, habla telegráfica, pausas frecuentes, anomia (sin agnosia), parafasias, y otros. En casos graves puede llegar a mutismo (por anartria) o comunicación estereotipada (repetición de sílabas)
- **Comprensión:** relativamente conservada, con dificultades en estructuras gramaticales complejas.

- **Repetición:** deficiente.
- **Prosodia:** deficiente, causada en parte por falta de fluidez, por problemas de articulación; pero también por problemas disprosódicos específicos.
- **Otros:** apraxia del habla frecuente; disartria afásica; presentan conciencia del déficit. Este último aspecto es importante puesto que les puede causar retraimiento social (y otros) (especialmente por presentar comorbilidad con otras dificultades; el daño cerebral suele extenderse a regiones frontales, causando problemas ejecutivos y de regulación emocional. El abordaje idóneo es multidisciplinar). El lenguaje automático y el canto puede estar mejor preservado.
- **Causa típica:** ACV en rama superior de la arteria cerebral media.

♦ Las afasias (todas) presentan diferente gravedad en distintas personas. Así, la afasia de Broca **leve** presenta disfluencia, disprosodia, anomia, parafasias y errores en lectura y escritura; la **moderada** muestra retraimiento en la emisión de lenguaje, cuesta entender su mensaje por deformación, anomia en palabras frecuentes, agramatismo, afectación grave de la escritura (círculos y palitos); la **grave** puede presentar anartria y estereotipias, y ausencia de escritura.

Afasia de Wernicke

- **Localización de la lesión:** parte posterior del giro temporal superior izquierdo (área 22).
- **Expresión:** fluente en cuanto al ritmo y a la capacidad de emisión verbal. En ocasiones puede, incluso, ser hiperfluente, que puede llegar a emisión verbal en cantidad o ritmo excesivo y carente de sentido (logorrea) en casos graves. Prosodia conservada, discurso con parafasias, neologismos y jergafasia (en casos graves). Pueden evidenciar anomias
- **Comprensión:** gravemente alterada. En función de la gravedad de la afectación podrá comprender órdenes sencillas, pero no las complejas o no comprender nada en absoluto.
- **Repetición:** deficitaria.
- **Otros:** anosognosia (desconocimiento del trastorno), alexia y agrafia. Se suele preservar la articulación. Puede evidenciar parafasias fonémicas y/o semánticas, que podría derivar incluso en jergafasia en casos graves. Pueden observarse paragramatismos/disintaxis.
- **Causa típica:** ACV en rama inferior de la arteria cerebral media.

☞ Al igual que la anterior, puede presentar diferente gravedad. Así, la afasia de Wernicke **leve** presenta cierta conciencia de sus limitaciones de comprensión, se expresa con frases más cortas o incompletas (dudando de su pertinencia) y con dificultad para comprender frases complejas, seguir conversaciones con varias personas o en ambientes ruidosos; la **moderada** muestra falta de sentido a sus emisiones verbales, evidente anomias y parafasias fonéticas y semánticas, dificultad para comprender a un único interlocutor o frases y textos sencillos; la **grave** puede

presentar anosognosia, no entiende frases muy sencillas, presenta evidentes parafasias y también neologismos y jergafasia, pudiendo evidenciar logorrea.

Afasia de Conducción

- **Localización de la lesión:** existen dudas sobre sus bases neurobiológicas puesto que la localización anatómica exacta de la lesión es controvertida. Se asocia a lesiones del fascículo arqueado, en región supramarginal (área 40). El problema radica en que el fascículo atraviesa diferentes regiones y las lesiones suelen ser multiregionales. En cualquier caso, actualmente se asocia a estas regiones (fascículo arqueado y región supramarginal).
- **Expresión:** fluente con anomias y dispraxias verbales de tanteo o aproximación. Pese a ello, la persona puede «bloquearse» súbitamente ante una palabra y realizar aproximaciones sucesivas, o generar circunloquios.
- **Comprensión:** buena.
- **Repetición:** principal síntoma; muy alterada.
- **Otros:** conciencia del error, intentos de autocorrección (buen pronóstico). Parafasias fonémicas. Puede ser afasia residual de otras (evolucionada) o aguda, con entidad propia (si es así, tiene buen pronóstico). Puede ser comórbida con hemihipoestesia y cuadrantopnosia inferior derecha. También con apraxia ideomotora.
- **Causa típica:** lesión (DCA) parietotemporal o en el fascículo arqueado. Siendo poco frecuente (entorno al 5%)

👉 La afasia de conducción **leve** se manifiesta principalmente en la **dificultad para repetir frases largas** o complejas. En los **casos moderados**, el paciente **logra repetir algunas palabras**, aunque falla en otras. En los **cuadros graves**, la **repetición está prácticamente ausente**. Entre estos extremos pueden observarse formas intermedias, como ocurre en el resto de las afasias.

Afasia global

- **Localización de la lesión:** lesiones extensas que abarcan Broca, Wernicke y áreas adyacentes, incluyendo estructuras subcorticales. Afectación lesional global y extensa; lo que repercute en el lenguaje (y en otras funciones cognitivas) afectándolo también de manera global e intensa.
- **Expresión:** severamente reducida o ausente (mutismo). Pese a todo algunos automatismos pueden estar preservados
- **Comprensión:** muy alterada. Aunque suele evolucionar más favorablemente que la expresión verbal.
- **Repetición:** abolida.
- **Otros:** hemiplejía e hemihipoestesia derecha frecuente, suele cursar con anatria. Cuando evoluciona de mutismo/anartria, suelen presentar estereotipias verbales. Aún en los casos más graves pueden mantener cierta habilidad prosódica emocional en los sonidos que puedan emitir. Pueden indicar su estado anímico
- **Causa típica:** ACV masivo en territorio completo de la arteria cerebral media, tanto en rama superior como en rama inferior.

👉 Es la **forma más severa** de afasia, caracterizada por la **combinación de los déficits expresivos y comprensivos** presentes en otros subtipos.

Afasia anómica

- **Localización de la lesión:** variable; suele implicar regiones temporales o parietales posteriores. No está asociada a una región en particular como entidad propia (el léxico está muy distribuido en la corteza cerebral). Puede darse como evolución de otras afasias, por lo que su localización será la de éstas.
- **Expresión:** fluente, con pausas por dificultad para encontrar palabras (anomia; siendo este el principal síntoma).
- **Comprensión:** buena.
- **Repetición:** conservada.
- **Otros:** discurso vago, uso excesivo de perífrasis/circunloquios («eso con lo que se come»).
- **Causa típica:** múltiples posibles; también puede ser afasia residual de otras, anteriormente descritas, evolucionadas a este subtipo.

👉 Es la **más leve** y la **más frecuente**.

📊 **Tabla 10.2.** Comparativa de los **principales síndromes afásicos:**

Tipo de afasia	Fluidez	Comprensión	Repetición	Localización típica
Broca	No	+	–	Área 44/45 frontal inferior
Wernicke	Sí	–	–	Área 22 temporal posterior
Conducción	Sí	+	—	Fascículo arqueado / SMG
Global	No	—	—	Lesión extensa perisilviana
Anómica	Sí	+	+	Temporal / parietal posterior
T. Motora	No	+	+	Prefrontal superior
T. Sensorial	Sí	–	+	Temporal posterior extra-Wernicke
T. Mixta	No	–	+	Extensa, con áreas perisilvianas conservadas

Nota: «+» indica función relativamente conservada; «–» indica alteración; «—» indica alteración grave.

📌 Las **afasias transcorticales**, a pesar de su interés clínico, no se desarrollan en este capítulo ni en el manual en su conjunto. Suelen tratarse con mayor detalle en manuales de neurología clínica, dado que el estudio de las afasias es un campo muy extenso. De forma resumida, se asemejan a sus equivalentes centrales (afasia de Broca, de Wernicke y global), con la diferencia de que en las transcorticales la lesión se sitúa en áreas perisilvianas adyacentes y se preserva la capacidad de repetición. En este manual hemos optado por centrarnos en las afasias más frecuentes y representativas —en particular las perisilvianas y las anómicas—, que constituyen el núcleo de los casos clínicos más habituales en la práctica logopédica.

■ Afasias — otras formas de clasificación (más allá del cuadro «clásico»).

Como se mencionó al inicio del capítulo, existen otras formas de clasificación de las afasias. A continuación, se menciona algunas de ellas, como ejemplo, por si se quisiera profundizar a título personal. No obstante, la clasificación más utilizada en la clínica es la anteriormente expuesta, reflejada en la Tabla 10.2.

1) Clasificación neuropsicológica de Luria. Basado en los bloques funcionales Luria distinguió siete afasias, según el factor funcional afectado y su base lesional: motora eferente, motora aferente, dinámica, sensorial/acústico-gnóstica, acústico-mnésica, semántica y amnésica. Esta taxonomía se centra en mecanismos (programación secuencial, integración cinestésica, memoria verbal, integración semántica, etc.) y no en rótulos topográficos fijos, por lo que sigue siendo útil como lente explicativa en la clínica contemporánea.

2) Enfoque psicolingüístico/cognitivo (por nivel de procesamiento). Las afasias se clasifican según el locus de la alteración en el sistema de procesamiento del lenguaje: entrada auditiva, conversión léxica-semántica, léxico de salida, ensamblaje fonológico, etc. Las baterías PALPA y guías de intervención cognitivo-neuropsicológica permiten perfilar subtipos funcionales (p. ej., anomia por fallo de acceso semántico frente a fallo fonológico) más allá de los síndromes globales.

3) Clasificación por redes y vías (modelo de doble ruta). Las afasias se interpretan según la vía dorsal (mapeo audio-motor; fonología, repetición) y la vía ventral (mapeo a significado). Las alteraciones predominantes de la dorsal tienden a cuadros con déficit de repetición/fonología; de la ventral, a déficits de comprensión léxico-semántica. Este marco conecta mejor los síndromes con la neuroanatomía funcional actual.

4) Clasificación por curso y etiología: Afasias Primarias Progresivas (PPA). En la patología neurodegenerativa, la PPA se clasifica en tres variantes con criterios de consenso: no fluente/agramatical (nfvPPA), semántica (svPPA) y logopénica (lvPPA). Esta clasificación organiza los síndromes cuando el trastorno progresa y el sustrato neuropatológico es degenerativo y no consecuencia de evento agudo. Esta clasificación se puede observar en informes actualmente, cuando se trabaja con pacientes con patología neurodegenerativa.

5) Clasificación dimensional / basada en datos. Análisis multivariantes (PCA, de *principal component analysis*) muestran que las afasias crónicas se organizan mejor en dimensiones latentes —fonología, semántica, fluidez/sintaxis, a veces funciones ejecutivas— que en entidades discretas (como hace la clasificación clásica). Esta perspectiva cuantitativa permite situar a cada paciente en un espacio continuo y vincular ejes conductuales con redes (dorsal/ventral, ATL, etc.).

6) Clasificación funcional (ICF/A-FROM). Desde la práctica clínica centrada en la persona, puede «clasificarse» el caso por dominios de impacto: deficiencias del lenguaje, participación, entorno y factores personales (modelo A-FROM, adaptación de

la CIF). No es una taxonomía nosológica, pero estructura objetivos y resultados cuando los rótulos sindrómicos son insuficientes para la vida real.

Existen más clasificaciones de afasias, pero con ánimo de no ser exhaustivos y centrar la atención en la clasificación clásica, por ser más utilizada en la práctica clínica médica, no se mencionarán.

10.8. Abordaje logopédico y pronóstico

El tratamiento logopédico de las afasias debe partir de una  **evaluación detallada del perfil lingüístico del paciente** y del estado funcional general (motricidad, cognición, motivación). El objetivo principal es **recuperar o compensar las funciones del lenguaje afectadas**, favoreciendo la comunicación funcional y la calidad de vida.

Factores que influyen en el pronóstico:

-  Edad y reserva cognitiva previa.
-  Tipo y extensión de la lesión.
-  Tiempo transcurrido desde el daño cerebral.
-  Nivel de afectación inicial.
-  Presencia de trastornos asociados (apraxias, disartria, déficits atencionales...).
-  Apoyo familiar y entorno comunicativo.
-  Motivación y capacidad de aprendizaje.

Principios de intervención:

-  **Enfoque individualizado**: adaptado al tipo de afasia y perfil cognitivo.
-  **Intervención intensiva y estructurada**: sesiones frecuentes y consistentes.
-  **Estimulación multisensorial y contextualizada**: aprovechar situaciones funcionales.
-  **Terapias complementarias**: musicoterapia, pictogramas, lectura repetida, tecnología asistida.
-  **Rehabilitación emocional y social**: apoyo psicológico y trabajo en grupo cuando sea posible.

Algunos enfoques específicos:

- **Afasias no fluentes**:  ejercicios de iniciación del habla, construcción gramatical, articulación guiada, programas como MIT (*Melodic Intonation Therapy*).
- **Afasias fluentes**:  tareas de comprensión auditiva, lectura funcional, inhibición de errores semánticos.
- **Afasia global**:  estrategias de comunicación aumentativa, señalización visual, rutinas comunicativas simples.
- **Afasia anómica**:  entrenamiento en denominación, redes semánticas, uso de claves fonológicas.

✦ El **abordaje debe ser dinámico y ajustarse a la evolución del paciente**. En algunos casos, la afasia anómica puede representar la fase final de recuperación de una afasia más severa.

✦ El juicio **pronóstico debe formularse con precisión clínica**, evitando términos ambiguos como «reservado» fuera de contexto. **Véase el Anexo I para ejemplos de formulaciones técnicas habituales** empleadas en contextos logopédicos.

La Tabla 10.3 presenta los principales rasgos clínicos evidenciados en los diferentes tipos de afasia. No es excluyente y exhaustiva, pero aproxima las características más prevalentes.

 **Tabla 10.3. Características semiológicas y clínicas por tipo de afasia**

Tipo de afasia	Fluidez	Tipo de errores predominantes	Comprensión	Repetición	Rasgos característicos
Broca	No	Agramatismo, anomia, disprosodia	+	–	Esfuerzo articulatorio, apraxia del habla
Wernicke	Sí	Parafasias, neologismos, jergafasia	–	–	Discurso fluido pero incoherente, anosognosia
Conducción	Sí	Dispraxia de tanteo, parafasias fonológicas	+	—	Autocorrecciones frecuentes, frustración
Global	No	Mutismo o emisiones mínimas	—	—	Discurso y comprensión muy afectados
Anómica	Sí	Anomia, perfrasis, pausas léxicas	+	+	Lenguaje vago, circunloquios, buen pronóstico
T. Motora	No	Agramatismo leve, pobreza verbal	+	+	Responde con eco, mutismo inicial posible
T. Sensorial	Sí	Parafasias semánticas, fluidez vacía	–	+	Jergafasia con buena repetición
T. Mixta	No	Anomia + mutismo + ecolalia	–	+	Lenguaje no funcional, repetición estereotipada

 **Viñeta clínica: Elena, 61 años. Profesora de secundaria.**

 Tras un **ictus isquémico** en la arteria cerebral media izquierda, Elena es ingresada en neurología con diagnóstico de **afasia de Broca**. Su habla es **telegráfica** y con gran **esfuerzo articulatorio**. En las primeras semanas, apenas emite palabras sueltas con pausas prolongadas. 🗣️ Su **comprensión es buena**, aunque se frustra al no poder responder fluidamente. 🧐 No presenta disartria pura, pero sí una **apraxia del habla leve** que entorpece el inicio de emisiones voluntarias. ✍️ Conserva una escritura legible, aunque con **agramatismo**. En la evaluación, se observa buena capacidad de **repetición de sílabas automáticas**, pero pobre en frases espontáneas.

✂ Durante la **rehabilitación**, se trabajan progresivamente las **habilidades de iniciación verbal**, construcción de frases simples y **entrenamiento con entonación melódica**.

✦ Se utiliza también **lectura en voz alta con apoyo gráfico** y actividades funcionales (ej. pedir la comida, realizar llamadas simuladas).

📈 A los seis meses, Elena ha recuperado una **expresión sencilla pero funcional**, con mejor control de la fluidez y menos frustración comunicativa. 🧑 Mantiene secuelas leves, pero ha **retomado ciertas actividades docentes** con apoyo y adaptaciones.

✦ Resumen del Capítulo 10: Afasias

1. La afasia es un **trastorno adquirido del lenguaje** causado por una lesión cerebral, que afecta la expresión, comprensión, lectura o escritura en personas previamente hablantes.
2. Se diferencia de las disfasias o TEL/TDL por su origen súbito y su aparición tras una fase de desarrollo lingüístico normal.
3. El lenguaje se organiza como un **sistema funcional complejo** con predominio del hemisferio izquierdo. Las áreas de Broca, Wernicke y el fascículo arqueado son clave en la producción, comprensión y repetición.
4. Los síntomas se dividen en dos grandes grupos:
 - **Reductivos**: agramatismo, mutismo, anomia, alexia, agrafia.
 - **Deformativos**: parafasias, neologismos, jergafasia.
5. Además del lenguaje, la afasia puede ir acompañada de **trastornos motores (hemiplejía, apraxia del habla)**, **sensoriales (hemianopsia, agnosias)** y afectivos (ansiedad, depresión).
6. Las afasias se clasifican clínicamente según tres parámetros: **fluidez, comprensión y repetición**, lo que permite distinguir síndromes como Broca, Wernicke, conducción, global o anómica.
7. Las **afasias transcorticales** conservan la repetición, pero alteran otras dimensiones. Su origen está en áreas asociativas no perisilvianas.
8. El abordaje logopédico debe ser intensivo, adaptado al tipo de afasia y centrado en la recuperación funcional de la comunicación.
9. Se utilizan estrategias como el **MIT (Melodic Intonation Therapy)** para afasias no fluentes, y otras intervenciones centradas en comprensión o denominación según el perfil del paciente.
10. Las viñetas clínicas permiten comprender cómo se manifiestan las afasias en casos reales, diferenciando los síndromes y ajustando la intervención.

🧠 Actividad de reflexión

Preguntas para pensar:

1. ¿Por qué no todas las afasias afectan por igual a la comprensión y la expresión?
¿Qué estructuras cerebrales explican estas diferencias?
2. Compara la afasia de Broca y la de Wernicke: ¿en qué aspectos son opuestas y en qué se parecen?

3. ¿Qué implicaciones prácticas tiene que un paciente con afasia conserve la repetición (por ejemplo, en una afasia transcortical)?
4. ¿Qué señales te ayudarían a diferenciar entre una disartria del habla y una apraxia del habla asociada a afasia?
5. Imagina un paciente que ha superado una afasia global y ahora presenta un perfil anómico. ¿Cómo ajustarías la intervención logopédica a esta nueva fase?
6. ¿Qué estrategias comunicativas podrían aplicarse cuando un paciente mantiene mutismo o expresión mínima pero buena comprensión?

Capítulo 11

Amusia. Una agnosia auditiva poco conocida

11.1. ¿Qué es la amusia? Definición y alcance clínico

 **La amusia** es un trastorno específico del procesamiento musical que impide, a quien la padece, **reconocer melodías, discriminar tonos o reproducir secuencias rítmicas** con precisión, a pesar de tener una audición conservada y sin déficits intelectuales generales. En otras palabras, se trata de una **agnosia auditiva específica para la música**. Veremos posteriormente que la amusia se divide en congénita (de nacimiento) y adquirida (presente tras DCA). La **prevalencia** de la primera en población general se estima entorno al 1,5% (existen estudios que la elevan hasta el 5%); evidenciando causa genética puesto que en familiares de primer grado de las personas con amusia congénita esta proporción sube al 46%. La **incidencia** de la adquirida se estima entorno al 35-69% de las personas con accidente cerebrovascular en arteria cerebral media. La mayoría se recupera de manera espontánea a los meses.

 La amusia afecta la capacidad de percibir, comprender o ejecutar la música. No debe confundirse con la **sordera** ni con la falta de educación musical. Existen personas con formación musical que, tras una lesión cerebral (amusias adquiridas), pierden la capacidad de leer partituras (alexia musical), escribir partituras (agrafía musical) o reproducir sonidos con propiedades musicales; y también personas sin lesión evidente que nunca han podido afinar, reconocer una melodía conocida o reproducir un ritmo de forma estable (en amusias congénitas).

 **Un caso ilustrativo célebre de amusia congénita es el de Florence Foster Jenkins (1868–1944)**, una mujer de clase alta neoyorquina que se convenció de su talento como soprano lírica a pesar de su evidente incapacidad para entonar correctamente. Su caso ha sido documentado y analizado como posible ejemplo de amusia congénita combinada con anosognosia (falta de conciencia del propio déficit). Su interpretación distorsionada de arias de ópera como la *Reina de la Noche* de Mozart provocaba tanto hilaridad como fascinación entre el público. Su historia, llevada al cine en 2016, es una herramienta pedagógica útil para ilustrar cómo el procesamiento musical puede estar gravemente alterado incluso en personas sin lesiones cerebrales conocidas.

 **Escuchar un fragmento de Jenkins** (existen vídeos en YouTube) permite a los estudiantes experimentar el fenómeno clínico con una vivencia directa.

 **En resumen**, la amusia es una alteración poco conocida pero clínicamente relevante, que puede darse tanto en población general como en pacientes neurológicos. Afecta funciones que, aunque no son lingüísticas en sentido estricto, **están íntimamente ligadas a la comunicación**, la emoción y la identidad sonora del sujeto, ya que los circuitos neuronales lingüísticos y los musicales se solapan parcialmente.

11.2. Bases neurofuncionales y tipos de amusia

■ El procesamiento musical, al completo, no se localiza en el cerebro en una única región, sino que se organiza de forma **bilateral y distribuida**. Aunque, por estudios de lesiones sabemos que existen nodos cerebrales de particular interés para el procesamiento de determinados subdominios musicales (procesamiento del tono, de la melodía, de la armonía...), lo que permite afirmar una tendencia a especialización en el procesamiento cerebral, con ciertas especializaciones hemisféricas. Podemos afirmar que el procesamiento musical en el cerebro es una propiedad emergente del funcionamiento cerebral en redes distribuidas, pero que si se lesionan algunas de las regiones que participan en el mismo en particular tiene repercusión sobre aspectos musicales concretos. Existe, también, cierta tendencia a procesamiento hemisférico diferencial. Por ejemplo, en población general (no músicos profesionales) el procesamiento **musical al completo implica con mayor frecuencia el hemisferio derecho (HD)**, sobre todo en personas no profesionales de la música (el procesamiento cerebral musical de músicos profesionales es diferente y hay que tenerlo en cuenta en la clínica). En músicos profesionales la activación neuronal con la música tiene mayor procesamiento en hemisferio izquierdo, además de la activación derecha, en regiones lingüísticas. No en vano, en conservatorios de música se estudia la asignatura de «lenguaje musical».

🔗 En conjunto, y a **modo de síntesis** sobre los subprocesos musicales y su especialización hemisférica, los estudios neuropsicológicos y de neuroimagen han puesto de manifiesto que:

- El **HI** participa más en el análisis **rítmico**, métrico y temporal.
- El **HD** se encarga prioritariamente de la **melodía**, el **timbre** y la **prosodia musical**.
- La ejecución y lectura de música implican, además, redes frontales, motoras y parietales, bilaterales (de ambos hemisferios cerebrales).

📊 Datos de lateralización recogidos en estudios clínicos señalan que:

- La alteración del **ritmo** es más frecuente tras lesiones en el HI (coincidiendo con los datos anteriormente expuestos).
- La pérdida de la **melodía** ocurre con mayor frecuencia tras lesiones en el HD (ídem).
- La **amusia congénita**, sin daño cerebral aparente, parece estar relacionada con una disfunción en la conectividad cerebral entre regiones temporales y frontales derechas.

Tipos de amusia

En la literatura neuropsicológica y desde un punto de vista clínico la amusia puede clasificarse en distintos subtipos, en función de su origen, manifestación y nivel afectado.

Según su origen (etiología) diferenciamos entre:

Amusia adquirida

- Aparece tras una lesión cerebral (ictus, TCE, tumor...).
- Afecta a personas previamente competentes para el procesamiento musical.
- Puede manifestarse como incapacidad para reconocer melodías, reproducir tonos o discriminar acordes.
- Suele aparecer tras lesiones en las regiones temporales del hemisferio derecho (HD), y puede afectar tanto la percepción como la producción musical.

Amusia congénita:

- Presente desde el nacimiento, sin daño cerebral aparente.
- Las personas afectadas no logran reconocer canciones conocidas ni seguir un ritmo, aunque tengan buena audición periférica.
- Puede estar relacionada con una falta de conciencia tonal (llamado en la bibliografía «sordera tonal» (*tone-deafness*)).
- Se ha estimado una prevalencia de entre el 1,5 y el 5 % en la población general, aunque en familiares de primer grado de personas con amusia congénita la proporción sube al 46%.
- El caso de **Florence Foster Jenkins** es un ejemplo representativo, con probable anosognosia asociada.

Según las manifestaciones clínicas y el nivel de afectación:

1. **Amusia pura:**

- Se limita al sistema musical, sin afectar el lenguaje ni la percepción de sonidos ambientales.
- Puede ser difícil de detectar si la persona no tiene formación musical o no lo percibe como un problema.

2. Alexia musical:

- Incapacidad para **leer notación musical**, en personas que antes sí sabían hacerlo, incluso en músicos experimentados.
- Puede aparecer en lesiones bilaterales o en trastornos específicos de lectura musical.

3. Agrafía musical:

- Incapacidad para **escribir música**, en personas que antes sí sabían hacerlo, tanto en notación como en forma de reproducción auditiva o improvisación.
- Se ha descrito en lesiones del hemisferio izquierdo, incluso sin afectar el lenguaje verbal.

✦ Es importante **recordar** que **la música y el lenguaje comparten estructuras cognitivas parcialmente solapadas** (prosodia, ritmo, memoria auditiva), pero su disociación clínica demuestra que también existen vías funcionales diferenciadas. Por ello, algunas personas con afasia conservan competencias musicales, y algunas personas con amusia conservan un lenguaje plenamente funcional.

Procesamiento cerebral musical.

La música tiene un procesamiento cerebral particular, que permite procesar las propiedades físicas de los sonidos, integración auditiva, etc., con emociones que pueden generar estos mismos, identidad social (algunos tipos de música se han aprendido como propios de unas culturas, evocan sentimientos compartidos, transmiten historias, activan recuerdos en la mente, etc.) No es objeto de la presente hacer un análisis exhaustivo de este procesamiento, pero, puesto que existe comorbilidad entre música, comunicación y circuitos lingüísticos, conviene explicar el procesamiento normal, para poder comprender el patológico.

La música se procesa en una **red neuronal muy distribuida**, que integra **cortezas auditivas bilaterales** (*giro de Heschl*/giro temporal superior), regiones **frontales** (giro frontal inferior, área motora suplementaria y premotora; implicadas en ejecución), **ganglios basales** y **cerebelo**. Presenta cierta **especialización hemisférica**: el **hemisferio derecho**, sobre todo el giro de Heschl y el plano temporal, contribuye de forma prominente al **análisis fino del tono y del timbre** (aunque el tono se procese bilateralmente también, presenta preferencia derecha) y la **melodía** (en giro frontal inferior, que participa extrayendo elementos estructurales de la música). El **ritmo** emerge de **circuitos cortico-subcorticales bilaterales** (audición–motor; cortezas temporales–área motora suplementaria, premotora, núcleos/ganglios basales [caudo-putamen] y cerebelo), con predominio izquierdo. Además, estudios de resonancia magnética funcional y registros intracraneales en humanos muestran **activación diferenciada para canto y música instrumental**, lo que respalda la idea de **vías parcialmente diferenciadas** para ambas facetas incluso aunque sean aspectos

musicales ambos. También se sabe que incluso dentro de procesamiento musical instrumental, la **música agradable activa regiones diferentes** (giro de Heschl, giro frontal superior [áreas 45, 46], ínsula anterior izquierda y regiones operculares frontales) **a la música desagradable** (regiones límbicas como amígdalas cerebrales, hipocampo, cortezas parahipocámpicas y del polo temporal).

Toda esta información tiene repercusión clínica. Por ejemplo, por el tipo de procesamiento cerebral que tiene la música, altamente distribuido y parcialmente solapado con lenguaje, se pueden utilizar tareas musicales para rehabilitar lenguaje (se explicará la terapia de entonación melódica como ejemplo). Estas deben ser entendidas como una herramienta facilitadora más, y no como terapia exclusiva y excluyente de otras (no por hacer escuchar música a un paciente le rehabilitaremos lenguaje; pero podemos utilizar circuitos preservados [tono, ritmo, etc.] para facilitar la emisión comunicativa en pacientes con dificultades lingüísticas como estrategia de intervención).

En **amusia adquirida** el tipo de dificultad musical dependerá de la región dañada y su solapamiento con las anteriormente mencionadas. Así, por ejemplo, las personas con lesiones en giro de Heschl, por ejemplo, tendrán más dificultades en procesar información musical del tono y del timbre en música agradables (estas características musicales comparten esta estructura); las personas con lesiones en regiones motoras tendrán más dificultades en ritmo, etc. En **amusia congénita** la principal alteración establecida en la bibliografía (no la única) es un déficit en conectividad funcional entre corteza auditivas (principalmente derecha; en giro de Heschl y giro temporal superior) y regiones frontales derechas, con incremento de espesor cortical y alteraciones morfológicas en el fascículo arqueado derecho (que las une), lo que sugiere una disfunción del sistema auditivo superior; causando una especie de «desconexión» (Leveque et al., 2016).

Hay que mencionar que, aunque la amusia congénita afecta principalmente al procesamiento musical, al ser consecuencia de procesamiento neuronal deficitario no sólo repercute en procesamiento musical: afecta a todas las funciones cognitivas que requieran integridad de esas estructuras neuronales. Se sabe que estas regiones también participan memoria de trabajo (auditiva, sobre todo) y otras, incluidas funciones ejecutivas de representación simbólica y uso de información mental, generando síndromes neuropsicológicos más complejos. En este capítulo nos circunscribimos a aspectos que pueden ser comunes o solapados con lenguaje, y que tengan repercusión en evaluación y/o intervención logopédica.

Procesamiento cerebral de la música

Estudios de neuropsicología y neuroimagen han mostrado que el procesamiento musical es ampliamente bilateral, aunque ciertas propiedades se asocian preferentemente a regiones específicas del cerebro (Peretz, 1990).

-  **Melodía y timbre:** suelen depender más del **hemisferio derecho**.

-  **Ritmo y métrica:** tienden a vincularse al **hemisferio izquierdo**.

Estos hallazgos se consolidaron a partir del trabajo de Isabelle Peretz (1990), que analizó pacientes con lesiones unilaterales de ambos hemisferios y encontró diferencias significativas en tareas de reconocimiento melódico y rítmico.

 **Tabla 11.1. Comparación de la lateralización musical en tareas de reconocimiento de melodía y ritmo:**

Tipo de tarea musical	Lesión HI (%)	Lesión HD (%)	Sin lesión (%)
Reconocimiento de melodía	87,5	41,7	91,7
Reconocimiento de ritmo	41,7	91,7	100

📌 **Nota.** Los porcentajes son valores representativos contruïdos a partir de las tendencias descritas en Peretz (1990). No corresponden a los datos exactos del experimento, sino a una síntesis didáctica que ilustra la diferencia entre hemisferios. Los valores indican porcentaje de aciertos en tareas de decisión igual-diferente con estímulos melódicos y rítmicos.

🎵 **Música, memoria y emoción**

🧠 La música activa áreas cerebrales que se extienden más allá del sistema auditivo. Involucra el **sistema límbico** (amígdala, hipocampo), el **núcleo accumbens** y regiones motoras y asociativas.

💡 Se ha comprobado que la **música se vincula a recuerdos autobiográficos** de forma más duradera que otros estímulos, y que puede activar memorias incluso en fases avanzadas de demencia.

📊 Estudios en pacientes con enfermedad de Alzheimer muestran que:

- Las canciones favoritas pueden desencadenar **emociones vívidas**, incluso cuando el lenguaje verbal está muy deteriorado.
- Algunas personas que ya no reconocen a sus familiares son capaces de **cantar letras completas** de su infancia.
- La música puede actuar como **punto entre pasado y presente**, conservando la identidad del sujeto.

📌 Por todo ello, la amusia no debe entenderse solo como una pérdida perceptiva, sino como un trastorno que **afecta la dimensión estética, comunicativa y emocional de la experiencia humana**. Su identificación permite comprender mejor al paciente y diseñar intervenciones más sensibles y personalizadas.

11.3. Evaluación clínica de la amusia

 La **evaluación clínica de la amusia** es poco habitual en la práctica logopédica general, en parte porque no suele formar parte de las baterías estandarizadas centradas en lenguaje o audición. Sin embargo, en el contexto neuropsicológico y neurológico, **detectar alteraciones en el procesamiento musical** puede aportar información valiosa sobre la organización cerebral y sobre déficits perceptivos o expresivos que, aunque no sean lingüísticos, afectan a la comunicación y a la calidad de vida.

Métodos de evaluación

 En pacientes con sospecha de amusia, la evaluación puede incluir tanto pruebas formales como **observación cualitativa** y tareas clínicas simples:

- Repetición y reconocimiento de melodías familiares.
- Reproducción rítmica con palmadas o golpeteo.
- Detección de errores en una melodía modificada.
- Diferenciación entre frases musicales alegres o tristes.
- Canto espontáneo o entonado (con letra conocida).

 Estas tareas pueden aplicarse de forma funcional incluso sin instrumentos, utilizando canciones populares, juegos rítmicos o grabaciones musicales.

Herramientas estructuradas

La prueba más reconocida internacionalmente para la evaluación formal de la amusia es la **Montreal Battery of Evaluation of Amusia (MBEA)**, desarrollada por Isabelle Peretz y colaboradores, incluye seis subpruebas que evalúan:

- Detección de cambios en la melodía.
- Detección de variaciones rítmicas.
- Discriminación tonal (afinación).
- Memoria musical a corto plazo.
- Identificación de familiaridad de melodías.
- Juicio emocional ante frases musicales.

 Aunque esta batería **no está traducida oficialmente al español, existen adaptaciones experimentales** en investigación, y puede servir como modelo para la

creación de materiales clínicos útiles en intervención logopédica o estimulación cognitiva.

Casos clínicos donde es relevante evaluar la música

- **Pacientes afásicos:** pueden conservar capacidades musicales incluso cuando el lenguaje está muy alterado, lo que puede aprovecharse terapéuticamente.
- **Personas con daño en el hemisferio derecho:** si presentan dificultades para reconocer melodías, seguir ritmos o identificar tonos.
- **Pacientes con demencia o deterioro cognitivo leve:** se ha observado una disociación relativa entre el deterioro del lenguaje o la memoria verbal y la conservación de habilidades musicales, lo que convierte a la música en una herramienta de evaluación y estimulación emocional.

✦ En conjunto, la evaluación de la amusia no pretende diagnosticar una enfermedad por sí sola, sino **detectar una alteración específica en el procesamiento de un tipo de estímulo auditivo altamente complejo y emocional**, que puede estar presente incluso en personas sin otra afectación cognitiva aparente.

11.4. Relación con el lenguaje, la memoria y las emociones

 **Recuadro informativo:** ¿Cómo se describe la amusia en la divulgación científica?

 En un programa de **Radio Nacional de España (RNE)** dedicado a la música y el cerebro, se describía así el fenómeno de la amusia:

«Hay personas que no pueden disfrutar de la música. No porque no les guste, sino porque literalmente no la entienden. Les resulta caótica, sin estructura. Algunas no reconocen una melodía, otras no perciben el ritmo. Incluso hay quienes sienten malestar al escuchar música. Este trastorno, poco conocido, se llama amusia.»

«Se estima que alrededor del 4% de la población tiene amusia congénita, aunque muchos no lo saben. No es un problema de audición: oyen perfectamente, pero su cerebro no organiza bien la información musical.»

 Este fragmento permite ilustrar que la amusia no solo es una curiosidad neurológica, sino un trastorno con consecuencias emocionales y sociales reales. Refuerza la importancia de considerar la **experiencia subjetiva del paciente**, y no solo la sintomatología técnica.

 Aunque la música y el lenguaje comparten elementos estructurales como el ritmo, la secuencia y la entonación, **su procesamiento cerebral puede disociarse**. Así lo demuestran casos documentados de personas afásicas que

conservan la capacidad de cantar, o pacientes con amusia que presentan un lenguaje completamente normal.

✚ Esta disociación se ha evidenciado, por ejemplo, en:

- Pacientes con **afasia de Broca** que no pueden construir frases espontáneas, pero sí entonan canciones aprendidas si se acompañan de ritmo o melodía.
- Pacientes con **amusia pura**, que no detectan la desafinación en una pieza musical, pero comprenden perfectamente el lenguaje oral.

💬 En contextos de afasia no fluente, la **terapia de entonación melódica (MIT)** se basa justamente en esta disociación. Aprovecha la capacidad conservada de producción melódica para facilitar la emisión verbal, utilizando frases entonadas, ritmo marcado y repetición coral.

📄 **Recuadro complementario: ¿Se pierde toda la emoción musical en la amusia?**

🎧 Aunque las personas con amusia presentan dificultades para reconocer o reproducir melodías, **no todas pierden la conexión emocional con la música**. Gosselin et al. (2015) observaron que algunos pacientes con amusia congénita eran capaces de identificar correctamente la **valencia emocional** (alegría, tristeza, tensión) de las piezas musicales, incluso sin reconocer la melodía o el ritmo.

Esto sugiere que **la emoción musical puede estar parcialmente disociada de la estructura melódica**, y que no todos los canales afectivos quedan anulados por la amusia, pudiendo ser de utilidad clínica.

🔧 **11.5. Aplicaciones clínicas: musicoterapia y rehabilitación**

🎵 La música no es solo un objeto de estudio en neuropsicología: también constituye una **herramienta terapéutica de gran valor**. Su uso clínico está especialmente indicado en contextos donde el lenguaje verbal está alterado, pero se conservan o se pueden activar **capacidades musicales, rítmicas o emocionales**.

🧠 **Terapia de entonación melódica (MIT):**

■ El ejemplo más conocido de intervención basada en la música es la **MIT (Melodic Intonation Therapy)**, desarrollada originalmente para pacientes con **afasia de Broca**. Esta terapia parte del hecho de que diferentes regiones cerebrales (cercanas u homotópicas [regiones anatómicas equivalentes, pero del hemisferio contralateral]) pueden asumir funciones comunicativas melódicas cuando los circuitos lingüísticos están dañados. Dado que los circuitos lingüísticos y los musicales solapan parcialmente, la lógica es que las regiones preservadas, que parcialmente coinciden con circuitos musicales, puedan ayudar a recuperar funcionalmente el lenguaje dañado.

✖ Principios fundamentales del MIT:

- Uso de **frases cortas y funcionales** con **entonación melódica marcada**.
- **Acompañamiento rítmico** con golpeteo de sílabas.
- Repetición coral inicial con progresiva independencia del paciente.
- Melodías basadas en la **prosodia natural del idioma** (en español, por ejemplo, tonos más altos en sílabas acentuadas).

🇪🇸 La terapia se estructura en **tres niveles**, con aumento gradual de la complejidad:

1. **Palabras de alta frecuencia.**
2. **Frases de interacción social cotidiana.**
3. **Producción más autónoma con pistas visuales y entonativas mínimas.**

📄 En la versión española adaptada por Haro-Martínez et al. (2017), se han validado protocolos específicos que respetan la estructura acentual del español, lo cual es fundamental para garantizar su eficacia.

■ La terapia musical no solo activa circuitos auditivos y emocionales, sino que puede **facilitar la emisión verbal en personas con afasia**, especialmente no fluente. Se ha observado que algunas personas afásicas pueden **emitir frases cantadas con mayor precisión que las habladas**, aprovechando la preservación de redes melódicas en el hemisferio derecho.

Este fenómeno se apoya en el solapamiento funcional parcial entre el sistema musical y el lingüístico, lo que da base neurológica al uso clínico del canto y la entonación guiada en logopedia (Albert y Helm-Estabrooks, 2005; Haro-Martínez et al., 2017).

🎵 11.5. Musicoterapia en demencias y deterioro cognitivo

🧠 La intervención musical también ha mostrado efectos positivos en personas con **enfermedades neurodegenerativas**, como el Alzheimer o la demencia frontotemporal:

- Estimula la atención y el estado de alerta.
- Favorece la evocación de recuerdos autobiográficos.
- Reduce la apatía y mejora la interacción emocional.

- Facilita el lenguaje residual en fases moderadas.

✦ Se recomienda:

- Usar música **personalmente significativa** (infancia, juventud...).
- Preferir canciones con **ritmo claro y letra sencilla**.
- Integrar sesiones grupales e interacciones con cuidadores.

En pacientes con amusia...

Aunque los pacientes con **amusia adquirida** no perciban la música como algo placentero o estructurado, en algunos casos puede trabajarse con:

- **Entrenamiento auditivo gradual**, empezando por patrones rítmicos simples.
- **Estimulación multisensorial** que combine imágenes, movimiento y sonido.
- **Tareas integradoras** que no dependan solo de la musicalidad, como lectura coral de poemas con ritmo o improvisación gestual.

✦ La clave en todos los casos es respetar la percepción subjetiva del paciente: si la música genera malestar o confusión, debe evitarse su uso forzado y buscar formas alternativas de estimulación emocional y comunicativa.

Evidencia científica sobre el uso clínico de la música

 Numerosos estudios han documentado los beneficios terapéuticos de la música en contextos neurológicos. Algunos hallazgos relevantes incluyen:

- **Särkämö et al. (2008)**: pacientes con ictus que escuchaban música diariamente durante la fase de recuperación mostraban mejoría significativa en atención, memoria verbal y estado emocional frente a quienes no recibían estimulación musical.
- **Thaut et al. (2005)**: demostraron que la música rítmica estructurada mejora la velocidad y precisión del habla en pacientes con afasia, mediante programas basados en entonación melódica y lectura rítmica.
- **Baird y Samson (2009)**: documentaron la **preservación de la memoria musical** en pacientes con enfermedad de Alzheimer, incluso en fases avanzadas, y recomendaron la música como recurso rehabilitador y fuente de identidad.
- **Peretz y Hyde (2003)**: mostraron que la amusia congénita puede afectar selectivamente la percepción melódica sin alterar la capacidad emocional ni lingüística, lo que justifica enfoques terapéuticos diferenciados.

✦ Estas investigaciones respaldan el uso de la música no solo como estímulo placentero, sino como **instrumento terapéutico con base neurocientífica sólida**, útil para rehabilitación cognitiva, lingüística y emocional.

Viñeta clínica ilustrativa

Caso: Carlos, 66 años. Exmúsico aficionado.

Carlos es un hombre jubilado que sufrió un ictus isquémico en el hemisferio izquierdo, afectando las áreas frontales inferiores. Tras el episodio, fue diagnosticado con una **afasia no fluente (tipo Broca)**, con expresión verbal severamente limitada pero buena comprensión.

🎵 Durante la valoración funcional, su familia menciona que Carlos era un gran aficionado a la música tradicional andaluza y que solía cantar coplas y fandangos. A pesar de su mutismo parcial, el equipo terapéutico observa que **Carlos tararea melodías conocidas con sorprendente precisión**.

🔧 Se decide iniciar un programa de **terapia de entonación melódica**, combinando frases funcionales con acompañamiento rítmico y melodías adaptadas a su gusto musical. La respuesta es positiva: Carlos logra **emitir frases cortas entonadas** con más fluidez que en el habla espontánea.

🎧 En las sesiones también se incluyen momentos de escucha musical emocional, lo que mejora su estado de ánimo y fomenta la interacción con su esposa, que lo acompaña en los ejercicios.

📈 A los tres meses, Carlos no ha recuperado un lenguaje espontáneo fluido, pero ha ampliado significativamente su repertorio de frases funcionales cantadas y ha mejorado su capacidad de iniciar el habla.

✦ **Resumen del Capítulo 11: Amusia. Una agnosia auditiva poco conocida**

1. La **amusia** es un trastorno específico del procesamiento musical, que puede afectar la percepción, el reconocimiento o la producción de secuencias melódicas o rítmicas, sin que exista una pérdida auditiva periférica.
2. Se distinguen dos grandes formas:
 - **Amusia adquirida**: consecuencia de una lesión cerebral (habitualmente en el hemisferio derecho).
 - **Amusia congénita**: presente desde el desarrollo, con prevalencia estimada en un 4–5 % de la población.
3. Existen subtipos como la **amusia pura**, la **alexia y la agrafia musicales**, que afectan diferentes dimensiones de la experiencia musical.

4. Aunque comparte algunos procesos con el lenguaje, la música tiene un procesamiento cerebral parcialmente diferenciado, con mayor implicación del hemisferio derecho y redes límbicas, motoras y asociativas.
5. La evaluación puede realizarse con pruebas clínicas funcionales o mediante baterías específicas como la **Montreal Battery of Evaluation of Amusia (MBEA)**.
6. El trastorno puede pasar desapercibido en personas sin formación musical, pero en músicos o personas sensibles a la música puede tener un **gran impacto emocional y comunicativo**.
7. La **música tiene un poder terapéutico** importante, tanto en afasias como en demencias. Puede preservar funciones cognitivas y emocionales incluso cuando el lenguaje está severamente deteriorado.
8. La **terapia de entonación melódica (MIT)** ha mostrado eficacia en pacientes con afasia no fluente, y la musicoterapia es útil en estimulación de la memoria, la atención y el estado afectivo en diversas patologías.
9. La **experiencia subjetiva** del paciente debe guiar el uso clínico de la música: en algunos casos, puede ser fuente de malestar (especialmente en formas severas de amusia).
10. **Comprender la amusia** permite al logopeda y al neuropsicólogo **ampliar su marco de intervención**, reconociendo que la **comunicación humana se extiende más allá del lenguaje verbal**.

Actividad de reflexión

Preguntas para pensar:

1. ¿Por qué se dice que la amusia es una «agnosia auditiva específica» y no simplemente una falta de gusto musical?
2. ¿Qué diferencias funcionales y anatómicas existen entre el procesamiento del lenguaje y de la música?
3. ¿Cómo explicarías que una persona pueda tener amusia, pero conservar intacto su lenguaje, y viceversa?
4. ¿Qué criterios utilizarías para decidir si es adecuado aplicar terapia musical a un paciente afásico? ¿Y a un paciente con demencia?
5. ¿Qué aporta la historia de Florence Foster Jenkins al estudio clínico de la amusia? ¿Por qué es útil incluirla en una clase?

6. Imagina que un paciente con amusia adquirida se muestra molesto con la música. ¿Cómo enfocarías la intervención emocional y comunicativa respetando su percepción?

Epílogo

Psicopatología del lenguaje: sentido, alcance y proyección

1. Una introducción necesaria

La *Psicopatología del Lenguaje* marca el inicio del recorrido clínico del estudiante de logopedia por los trastornos que afectan a la comunicación humana. A lo largo de este manual se ha ofrecido una panorámica amplia, pero esencial, de los principales trastornos del lenguaje y del habla, desde una perspectiva tanto funcional como orgánica.

Este primer contacto no solo busca informar, sino también **formar una mirada profesional**: una mirada capaz de observar con criterio clínico, discriminar con sensibilidad lingüística, analizar con base neuropsicológica e intervenir con responsabilidad, siempre respetando la diversidad individual de cada caso.

2. ¿Qué hemos aprendido?

A lo largo de estos capítulos, el estudiante ha tenido la oportunidad de:

1. **Comprender los fundamentos teóricos** que sustentan la psicopatología del lenguaje.
2. **Distinguir entre lenguaje, habla y voz** como funciones diferentes pero interconectadas.
3. **Conocer trastornos del desarrollo del lenguaje**, como el TEL/TDL.
4. **Diferenciar trastornos del habla funcionales** (dislalia), **neurológicos** (disartria) y **estructurales** (disglosia).
5. **Explorar las dificultades en la lectura y la escritura**, con especial atención a la dislexia, tanto en su forma evolutiva como adquirida.
6. **Aplicar ese conocimiento a través de viñetas clínicas**, ejemplos de evaluación e intervenciones tipo.

Todo ello con el objetivo de adquirir una base sólida para el razonamiento clínico y el acompañamiento logopédico ajustado a cada perfil.

3. Un enfoque centrado en la infancia, pero no exclusivo

Aunque muchos de los trastornos tratados tienen su inicio en la etapa infantil y el enfoque ha sido preferentemente funcional, se ha procurado ofrecer una **visión transversal**, introduciendo también alteraciones que pueden aparecer a lo largo de todo el ciclo vital. Esta perspectiva reconoce que el lenguaje puede verse alterado en distintos momentos de la vida, y que el logopeda debe estar preparado para intervenir tanto en la infancia como en la edad adulta.

Casos como la disartria o la dislexia adquirida han servido, en este sentido, como **puentes hacia realidades clínicas más complejas**, que serán abordadas en mayor profundidad en asignaturas posteriores.

4. El papel del logopeda en la psicopatología del lenguaje

El logopeda es un **profesional sanitario y educativo** especializado en la comunicación humana. Su labor se centra en la prevención, evaluación, diagnóstico e intervención de los trastornos del lenguaje, el habla, la voz, la audición y las funciones orofaciales.

A diferencia de una visión reduccionista, su papel no consiste solo en corregir errores formales, sino en favorecer que cada persona pueda desarrollar o recuperar sus capacidades comunicativas en condiciones de dignidad y funcionalidad.

Para ello, el logopeda actúa con:

- **Conocimiento científico** de los procesos lingüísticos, cognitivos, motores y emocionales implicados.
- **Criterio clínico** para valorar síntomas, interpretar signos y establecer diagnósticos diferenciales.
- **Compromiso ético**, adaptando la intervención a las necesidades y objetivos vitales de cada paciente.

De este modo, la intervención logopédica se entiende como un proceso complejo, donde el lenguaje no se trabaja de manera aislada, sino en interacción con el pensamiento, la afectividad y la participación social.

5. Y ahora... ¿qué sigue?

Este manual constituye una **introducción general a la psicopatología del lenguaje**, diseñada para proporcionar al estudiante de logopedia una visión estructurada de los principales trastornos que afectan al habla, al lenguaje oral y escrito, y a la comunicación humana, tanto en la infancia como en la edad adulta.

Su propósito no es agotar la complejidad clínica, ni abordar de forma técnica todas las herramientas diagnósticas o de intervención disponibles, sino **ofrecer una base conceptual y funcional** sobre la que se construirán aprendizajes más especializados.

En los próximos cursos del Grado de Logopedia, el estudiante profundizará en materias específicas dedicadas a:

- La evaluación logopédica en niños y adultos.
- La intervención logopédica en los trastornos del habla, del lenguaje, de la voz o de la audición.
- El trabajo clínico en entornos escolares, sanitarios y sociales.

- Y los modelos terapéuticos actualizados para cada perfil patológico.

Este manual, por tanto, **no es un punto final, sino un punto de partida**. El objetivo ha sido que el estudiante se familiarice con los síntomas, las causas y las consecuencias de los trastornos más relevantes del lenguaje y del habla, y que adquiriera una mirada inicial clínica, crítica y empática. A partir de aquí, tocará profundizar, aplicar, intervenir... y seguir aprendiendo.

ANEXOS

Anexo I.

Formulación de juicios clínicos y pronósticos en los trastornos del lenguaje

Este anexo presenta una tabla orientativa con fórmulas diagnósticas y pronósticas frecuentemente utilizadas en el ámbito logopédico y neuropsicológico. Su objetivo es proporcionar al estudiante un repertorio de expresiones clínicas técnicamente adecuadas, evitando términos ambiguos o impropios como «reservado», especialmente en contextos no hospitalarios.

Las expresiones recogidas están adaptadas a distintos perfiles clínicos (dislexia, afasias, TEL) y tienen en cuenta el nivel de compromiso funcional, la evolución esperable y el marco de intervención.

Situación clínica	Término de pronóstico recomendado	Comentario adicional / uso recomendado
Dislexia adquirida con afectación fonológica persistente	Comprometido en lectura fluida, favorable en comprensión	Evitar «reservado». Enfatizar funcionalidad y compensación
Dislexia evolutiva con intervención precoz	Favorable con apoyo específico y continuidad	Puede emplearse en informes educativos o logopédicos
Afasia leve de conducción con buena comprensión	Moderadamente favorable con intervención intensiva	Destacar puntos fuertes para guiar la intervención
Afasia global en fase aguda	Grave, sin posibilidad de establecer aún un pronóstico funcional. Evaluación continuada necesaria.	Aquí sí es aceptable usar «pronóstico reservado» con justificación
TEL/TDL moderado con buena respuesta inicial	Favorable con intervención sistemática	Ideal para documentos escolares o clínicos colaborativos
TEL/TDL severo con dificultades pragmáticas y fonológicas	Evolución lingüística incierta por afectación severa, aunque con potencial favorable en adaptación funcional. Necesitará intervención intensiva y apoyo contextual.	Usar matices para orientar sin crear falsas expectativas

Anexo II.

Inventario fonológico del español

Consonantes del español

Fonema	Modo	Punto	Sonoridad
/p/	oclusivo	bilabial	sordo
/b/	oclusivo	bilabial	sonoro
/t/	oclusivo	dental	sordo
/d/	oclusivo	dental	sonoro
/k/	oclusivo	velar	sordo
/g/	oclusivo	velar	sonoro
/f/	fricativo	labiodental	sordo
/s/	fricativo	alveolar	sordo
/x/	fricativo	velar	sordo
/j/	fricativo	palatal	sonoro
/tʃ/	africado	palatoalveolar	sordo
/m/	nasal	bilabial	sonoro
/n/	nasal	alveolar	sonoro
/ɲ/	nasal	palatal	sonoro
/l/	lateral	alveolar	sonoro
/ʎ/*	lateral	palatal	sonoro
/r/	vibrante simple	alveolar	sonoro
/r/	vibrante múltiple	alveolar	sonoro

* El fonema /ʎ/ es residual en el español peninsular, conservado en algunas variedades (yeísmo frente a lleísmo).

Vocales del español

Fonema	Altura	Anterioridad	Redondeamiento
/i/	alta	anterior	no redondeada
/e/	media	anterior	no redondeada
/a/	baja	central	no redondeada
/o/	media	posterior	redondeada
/u/	alta	posterior	redondeada

Anexo III.

Actividad reflexiva: dislexia compensada en la adolescencia

→ **Ejercicio aplicado con respuesta desarrollada, útil para seminarios, trabajos o autoevaluación.**

Imagina un caso de un adolescente que ha compensado su dislexia. ¿Qué dificultades podrían persistir en su escritura o comprensión de textos académicos?

- Aunque un adolescente con dislexia haya compensado en buena medida sus dificultades lectoras, es frecuente que persistan algunas dificultades residuales, sobre todo en tareas que requieren fluidez, precisión ortográfica y procesamiento sintáctico complejo. Algunas de las dificultades más habituales son:
 - **Ortografía arbitraria o visual:** errores en palabras irregulares o de ortografía tradicional (por ejemplo, «haber» por «a ver»).
 - **Redacción sintácticamente pobre o poco cohesionada:** uso excesivo de frases simples, puntuación deficiente, dificultad para organizar ideas en párrafos coherentes.
 - **Lentitud en la lectura de textos extensos o especializados:** la lectura exige esfuerzo sostenido, lo que dificulta el acceso rápido a la información.
 - **Dificultades con textos abstractos o técnicos:** necesidad de releer, dificultad para inferir o integrar conceptos complejos.
 - **Fatiga cognitiva y baja automatización:** el esfuerzo lector sigue siendo mayor, especialmente bajo presión de tiempo.
- Incluso en casos compensados, la dislexia puede dejar una huella funcional, especialmente en **tareas académicas exigentes**. Por ello, pueden requerirse ajustes metodológicos o apoyos para facilitar su rendimiento y bienestar académico.

Glosario terminológico

Abordaje: Conjunto de estrategias o métodos utilizados para tratar o intervenir en un trastorno del lenguaje.

Acalculia: Trastorno en la capacidad de utilizar los símbolos, los conceptos y/o las relaciones matemáticas como consecuencia de un daño cerebral.

Acompañamiento: Apoyo continuado, profesional o familiar, ofrecido al paciente durante el proceso diagnóstico o terapéutico.

Acromatopsia o cromatognosia: Trastorno neurológico que impide a la persona afectada reconocer adecuadamente los colores.

ACV (Accidente Cerebro Vascular): También denominado ataque cerebral o ictus es una interrupción del riego de sangre a cualquier parte del cerebro. Esta interrupción puede tener un carácter isquémico (por falta de sangre) o hemorrágico (rotura de vasos o arterias por diversas causas tales como aneurismas o por hipertensión arterial).

Afasia: Trastorno del lenguaje que afecta a la comprensión y/o la producción de las palabras en el habla, como consecuencia de una lesión cerebral o como trastorno asociado a enfermedades neurodegenerativas como las demencias.

Afasias: Trastornos adquiridos del lenguaje, causados por lesiones cerebrales, que afectan la producción o comprensión del habla y otros usos del lenguaje.

Afasia anómica: Tipo de afasia caracterizada por dificultad para encontrar palabras (anomia), con preservación relativa de la comprensión y la repetición.

Afasia de conducción: Trastorno del lenguaje causado por daño en el fascículo arqueado, caracterizado por buena comprensión y fluidez, pero con graves dificultades en la repetición.

Afonías: Pérdida total o parcial de la voz debido a alteraciones orgánicas o funcionales del aparato fonador.

Agnosia: Pérdida parcial o total de la capacidad de dar sentido a la información captada por los sentidos, a pesar de que los mecanismos sensoriales y psicológicos de recepción permanezcan intactos.

Agnosias: Alteraciones en el reconocimiento de estímulos sensoriales, a pesar de que los órganos sensoriales estén intactos.

Agrafía: Pérdida o alteración adquirida de la capacidad de escribir, no explicada por déficits motores, visuales o lingüísticos simples.

Agramatismo: Trastorno, muy común en ciertas afasias, caracterizado por una reducción o desaparición de algunos elementos o marcadores gramaticales (por ejemplo, las palabras funcionales tales como las preposiciones).

Agresividad: Es una conducta frecuentemente causada por estados de ansiedad, temor o agitación que se manifiesta por una gran actividad de movimientos. En los casos de enfermedad de Alzheimer, el paciente puede llegar a autolesionarse o agredir a las personas de su entorno.

Alexia: Pérdida adquirida de la capacidad de leer, debida a una lesión cerebral en áreas específicas del hemisferio izquierdo.

Algoritmo: Conjunto de instrucciones o reglas matemáticas, bien definidas, ordenadas y finitas, que permiten resolver un problema o realizar una actividad mediante pasos sucesivos sin ambigüedad. Partiendo de un estado inicial y una entrada determinada, la ejecución del algoritmo conduce a un estado final con una solución. Ejemplo clásico: el cálculo de números primos mediante una secuencia sistemática.

Alucinaciones: Son sensaciones o percepciones de carácter variable (olorosas, auditivas, visuales, táctiles...) que pueden hacer, a las personas que las padecen, tener vivencias que afecten a su comportamiento.

Alzheimer (enfermedad de): Enfermedad degenerativa progresiva que comienza con pérdida de memoria y desorientación espacial y que alcanza posteriormente a prácticamente todas las capacidades cognitivas.

Amnesia: Trastorno neurológico caracterizado por la incapacidad de la persona afectada para recordar sucesos o informaciones pasadas.

Amusia: Término con el que se denomina a un número de trastornos que inhabilitan para reconocer tonos o ritmos musicales o de reproducirlos, lo que a su vez puede acarrear problemas con la escritura o lectura de las partituras.

Amusia congénita: Trastorno del neurodesarrollo que impide la percepción adecuada de la música, especialmente en aspectos como el tono o el ritmo, sin que existan déficits auditivos o cognitivos generales.

Anamnesis: Recopilación sistemática de antecedentes personales, familiares y clínicos del paciente relevante para el diagnóstico.

Anartria: Incapacidad de articular como consecuencia de una lesión del sistema nervioso central o periférico. Es un síntoma frecuente en las afasias motoras más graves o al comienzo de su lesión.

Anatomía: Estructura de un organismo; ciencia que estudia esta estructura.

Aneurisma: Dilatación localizada de una arteria o vena ocasionada por una degeneración de la pared.

Anomia: Trastorno caracterizado por una dificultad extrema para encontrar palabras que sirven para denominar objetos y/o acciones.

Anosognosia: Trastorno neurológico caracterizado por la pérdida de la conciencia de padecer una enfermedad.

Ansiedad: Estado que se caracteriza por un incremento de las facultades perceptivas ante la necesidad fisiológica del organismo de incrementar el nivel de atención, alerta o alarma.

Análisis clínico: Evaluación detallada de síntomas, signos y manifestaciones relacionadas con un trastorno desde una perspectiva profesional.

Apatía: Indiferencia vinculada a estados depresivos o pre-depresivos. Esta conducta alterada puede ser indicativo de deterioro mental.

Aplicaciones clínicas: Uso de conocimientos teóricos en contextos reales de intervención logopédica o neuropsicológica.

Apoplejía: Suspensión generalmente brusca de algunas funciones cerebrales debido a una brusca disminución de la circulación de la sangre en el cerebro.

Apraxia: Daño de la capacidad de efectuar movimientos voluntarios conocidos, a pesar de que el mecanismo fisiológico de la motricidad periférica está intacto.

Apraxia del habla: Trastorno motor del habla que afecta la planificación y programación de los movimientos necesarios para articular palabras.

Apraxia del habla infantil: Trastorno del desarrollo del habla caracterizado por dificultades en la planificación y programación de los movimientos articulatorios, sin daño neuromotor.

Apraxia verbal: Daño selectivo de movimientos articulatorios.

Aprendizaje: Proceso de adquisición de conductas, comportamientos, conocimientos o valores ligados a la experiencia, la maduración, el estudio y/o transmisión social.

Articulación (del habla): Conjunto de movimientos coordinados de los órganos fonatorios necesarios para la formación de fonemas, sílabas, palabras y oraciones.

Asociación: Organización profesional o científica dedicada al estudio y difusión del conocimiento en áreas clínicas.

Ataque cerebral: véase accidente cerebro vascular.

Ataxia: Trastorno caracterizado por la disminución de la capacidad de coordinar los movimientos.

Atención: Selección activa de ciertos estímulos o aspectos de experiencias en los que el sujeto fija los sentidos.

Audición: Percepción de sonidos por el oído.

Audiología: Disciplina que estudia la audición y los trastornos auditivos, fundamental en la detección de trastornos del lenguaje.

Audiomudez: Desorden del desarrollo en la adquisición del lenguaje oral, caracterizado principalmente por una ausencia o casi ausencia de expresión oral.

Autismo: Anormalidad en las relaciones interpersonales que aparece en la pequeña infancia y se caracteriza por un repliegue patológico sobre sí mismo.

Batería: Conjunto estructurado de pruebas o tareas diseñadas para evaluar diferentes aspectos del lenguaje o la cognición.

Betacismo: Fenómeno fonológico consistente en la confusión o neutralización entre los fonemas /b/ y /v/.

Bilingüismo (Plurilingüismo): Habilidad para utilizar dos o más lenguas con similar soltura.

Brodmann: Clasificación de áreas del cerebro basada en su citoarquitectura, utilizada como referencia en neuropsicología funcional.

Cerebro: Parte de la anatomía donde se hallan los centros nerviosos responsables de funciones mentales como la memoria o el lenguaje.

Clasificación: Organización de los trastornos del lenguaje según criterios clínicos, funcionales, etiológicos o evolutivos.

Clínica: Relativo a la práctica médica o terapéutica directa con pacientes.

Cognición: Concepto general que comprende un conjunto de elementos del conocimiento: percepción, memoria, imaginación, concepción, juicio, razonamiento.

Cognitiva: Referida a los procesos mentales implicados en el conocimiento, la memoria, la atención y el lenguaje.

Comportamiento: Toda forma de respuesta dada por un individuo, en un contexto de estímulo-respuesta-efecto.

Comportamiento alterado (o alteraciones del comportamiento): Trastornos psicológicos como agresividad, depresión, ansiedad, que pueden acompañar al deterioro cognitivo.

Comprensión: Hecho de comprender una situación, un suceso, un mensaje.

Comunicación: Conjunto de procesos por los cuales los individuos intercambian experiencias, ideas, conocimientos o sentimientos.

Comunicación no-verbal: Forma de comunicación que no hace referencia al sistema de la lengua oral o escrita.

Concentración: Proceso por el que se inhibe la captación de algunos estímulos y se focalizan los sentidos hacia otros estímulos considerados relevantes.

Coágulo: Porción o grumo extraído de una sustancia coagulada, en especial de la sangre.

Células gliales: Parte del tejido nervioso que da soporte a las neuronas y regula procesos fundamentales del desarrollo y funcionamiento del sistema nervioso.

Daño cerebral adquirido (DCA). Cualquier tipo de afectación que sobreviene a una persona y que afecta al cerebro, independientemente de su etiología, que puede ser variada.

Deficiencia auditiva: Disminución del umbral de percepción auditiva.

- **Deficiencia auditiva ligera (pérdida de 20-40 dB):** reducción leve en la capacidad auditiva. Puede dificultar la percepción de sonidos suaves o del habla en ambientes ruidosos.
- **Deficiencia auditiva media (pérdida de 40-70 dB):** la persona puede tener dificultades para oír conversaciones normales, especialmente en ambientes ruidosos, y requiere con frecuencia el uso de ayudas auditivas para el acceso funcional al lenguaje oral.
- **Deficiencia auditiva severa (pérdida de 70-90 dB):** supone una alteración significativa de la percepción sonora. El individuo no suele oír el habla sin prótesis auditivas potentes y puede necesitar apoyo visual, lectura labial o sistemas alternativos de comunicación para comprender el lenguaje oral.
- **Deficiencia auditiva profunda pérdida > 90 dB:** la persona no percibe el habla ni sonidos ambientales fuertes, incluso con amplificación convencional. Requiere generalmente el uso de implantes cocleares y el desarrollo de sistemas alternativos o aumentativos de comunicación, como la lengua de signos, para adquirir o acceder al lenguaje oral.

Deglución: Acción de deglutir, de tragar.

Delirio: Razonamientos o creencias falsas, fundamentadas en percepciones incorrectas de la realidad.

Demencia: Deterioro progresivo e irreversible de actividades mentales generales debidas a factores orgánicos o psicológicos.

Demencia frontotemporal: Grupo de demencias progresivas que afectan principalmente a la personalidad, al comportamiento y al habla.

Demencia semántica: Demencia que afecta principalmente al conocimiento conceptual.

Demencia tipo Alzheimer: (véase Alzheimer)

Demencia vascular: Demencia cuyo origen se debe a la rotura de vasos sanguíneos en el cerebro.

Depresión: Trastorno emocional que se presenta como un estado extremo de tristeza, abatimiento o infelicidad.

Desarrollo: Procesos de evolución.

Desinhibición del comportamiento: Cambio de personalidad en el que el sujeto se vuelve más atrevido, impulsivo o insolente.

Desorden: Disfunción.

Detección precoz: Programa sistemático para detectar enfermedades en población asintomática, con el objetivo de intervenir tempranamente.

Deterioro cognitivo: Estado de transición entre el envejecimiento normal y la demencia, con afectación progresiva de varias funciones mentales.

Diadococinesia (DDK): Prueba clínica que evalúa la capacidad para realizar movimientos articulatorios rápidos, alternantes o secuenciales (p. ej., repetir *pa-pa-pa* o *pa-ta-ka*), útil para valorar la precisión, velocidad y regularidad del habla en trastornos motores como la disartria o la apraxia.

Diagnóstico: Identificación de una entidad patológica gracias al estudio e interpretación de síntomas.

Diagnóstico diferencial: Proceso mediante el cual se distinguen entre sí diversos trastornos con sintomatología similar.

Disartria: Conjunto de desórdenes motores de la palabra, debidos a una disfunción del sistema nervioso central o periférico.

Discalculia: Desórdenes de desarrollo (a veces usado en referencia a un desorden adquirido) en la utilización de símbolos, conceptos y/o relaciones matemáticas.

Discapacidad/incapacidad mental o motriz: Repercusión social de una deficiencia mental o motriz.

Disfagia: Desorden de la deglución, como consecuencia de lesiones en el sistema nervioso.

Disfasia: Desorden de desarrollo grave en la adquisición del lenguaje que puede afectar a la expresión o al conjunto expresión-comprensión.

Disfemia (tartamudez): Trastorno del habla caracterizado por interrupciones involuntarias en la fluidez verbal, como repeticiones o bloqueos.

Disfonía: Alteración de la voz por causas diversas, que provoca ronquera e incluso dolor al hablar.

Disglosia: Trastorno de la articulación causado por una lesión, deformación o malformación de los órganos fonatorios.

Disgrafía: Trastorno de desarrollo del aprendizaje de la motricidad gráfica.

Disintaxis o Paragramatismo: Producción lingüística patológica en las afasias, con frases que quebrantan las reglas morfosintácticas.

Dislalia: Trastorno funcional que afecta de manera constante a la articulación de un fonema.

Dislexia: Dificultad en el desarrollo específico del aprendizaje de la lectura.

Disortografía: Dificultad en la utilización de procesos ligados a la correcta producción de lo escrito.

Dispraxia: Trastorno adquirido o del desarrollo con dificultad en la realización de movimientos voluntarios, pese a mecanismos motores intactos.

Dispraxia evolutiva: Dificultad en la programación articulatoria sin constancia de lesión del sistema nervioso.

Dispraxia verbal: Forma menos severa de apraxia verbal, aunque a menudo se emplean como sinónimos.

Disprosodia: Alteración en la modulación de la entonación, ritmo o acentuación del habla, frecuente en disartrias o lesiones cerebrales.

Distimia (También llamada trastorno distímico): Trastorno del estado de ánimo similar a una depresión leve pero crónica.

DTI (imagen por tensor de difusión): modalidad de resonancia magnética que estudia la organización y conectividad de la sustancia blanca, permitiendo trazar las principales vías de comunicación entre áreas cerebrales.

EEG (electroencefalografía): técnica que registra la actividad eléctrica cerebral mediante electrodos colocados en el cuero cabelludo. Destaca por su excelente resolución temporal (milisegundos).

ELA (Esclerosis Lateral Amiotrófica): Enfermedad neuromuscular progresiva que provoca parálisis muscular por la muerte de motoneuronas.

Embolia (cerebral): Coágulo que se desprende, generalmente del corazón, y viaja por el torrente sanguíneo hasta el cerebro.

Enfermedad neurodegenerativa: Alteración anatómica y funcional de los tejidos cerebrales, como el Parkinson o el Alzheimer.

Entorno: Conjunto de condiciones biológicas, psicológicas y culturales que influyen en el individuo.

Envejecimiento cognitivo: Disminución progresiva de funciones mentales como la memoria, concentración y lenguaje, propia de la vejez.

ERP (potenciales relacionados con eventos / PEs): técnica derivada del EEG que analiza las variaciones eléctricas del cerebro asociadas a estímulos o tareas concretas, útil para estudiar los procesos de percepción y cognición en tiempo real.

Escotoma: Área ciega en el campo visual causada por lesión en el nervio óptico o en la corteza cerebral.

Escrito: Representación del lenguaje por medio de signos gráficos.

Escáner: Dispositivo que obtiene imágenes del cuerpo, como los empleados en medicina (TAC, RMN, etc.).

Espectrógrafo (sonograma): Sistema que produce representaciones visuales de las frecuencias de la voz.

Estimulación cognitiva (en mayores de 65-70 años): Programas de ejercicios y entrenamiento intelectual para preservar capacidades mentales.

Estrés: Demanda física o psicológica excesiva que genera ansiedad y tensión prolongada.

Etiología: Estudio de las causas u origen de una entidad patológica.

Evaluación: Conjunto de pruebas, test o herramientas utilizadas para diagnosticar dificultades cognitivas o lingüísticas.

Expresión: Manifestación de pensamientos o sentimientos mediante lenguaje verbal o no verbal.

Familiaridad (de palabras): Grado de cercanía o rapidez con que una persona reconoce determinadas palabras.

Farfullar: Desorden en el ritmo y la fluidez verbal con aceleración del habla.

Fisiología (véase también anatomía): Estudio del funcionamiento de los órganos del cuerpo.

Fluidez: Facilidad de coordinar los sonidos, sílabas y palabras del lenguaje oral.

Fluidez verbal: Capacidad para producir lenguaje de forma continua, organizada y sin interrupciones.

fMRI (resonancia magnética funcional): técnica de neuroimagen que se basa en la **señal BOLD (Blood Oxygen Level–Dependent)**, es decir, en los cambios en la oxigenación de la sangre que reflejan la actividad neuronal. Permite localizar con gran precisión espacial las áreas cerebrales activadas durante una tarea cognitiva o lingüística.

Fonastenia: También conocida como fatiga vocal, es una sensación de cansancio o debilidad en la voz que se produce tras un uso prolongado o excesivo de la voz. Se

caracteriza por una voz débil, que puede sonar ronca o ahogada, y a menudo se acompaña de dolor o picazón en la garganta.

Frecuencia (de palabras): Variable estadística que indica el número de veces que aparece en una muestra una palabra concreta.

Funciones mentales: También llamadas funciones cognitivas, incluyen procesos como la memoria, percepción, lenguaje, atención, orientación, cálculo, etc.

Grafismo: Procesos de realización de trazos gráficos, fundamentales en la escritura.

Habla: Realización motriz del lenguaje en coordinación con la respiración, fonación, articulación y resonancia.

Hemianopsia: Ceguera de la mitad del campo visual.

Hemiplejía: Trastorno motor en el que la mitad vertical del cuerpo está paralizada.

Hemorragia (cerebral): Accidente cerebrovascular por sangrado en el cerebro, causado por rotura de vasos.

Hipernasalidad: Exceso de resonancia nasal en el habla, debido a un cierre velofaríngeo deficiente; común en disglosias o disartrias flácidas.

Hipertexto (en informática): Texto en pantalla que remite a otros textos relacionados mediante enlaces.

IAFON (Integración Auditivo-Fonética): Capacidad para imitar, integrar y repetir secuencias fónicas.

Imaginabilidad: Vinculación de una palabra a propiedades sensoriales (vista, oído, olfato, etc.).

Incapacidad/discapacidad mental o motriz: Repercusión social de una deficiencia mental o motriz.

Informática: Conjunto de técnicas para recoger, almacenar, procesar y transmitir información automáticamente.

Integración social y profesional: Nivel de adaptación de un individuo a su entorno social y profesional.

Intervención basada en evidencia: Práctica clínica fundamentada en datos obtenidos mediante investigación científica rigurosa y validados en contextos clínicos.

Inteligencia: Capacidad para aprender, adaptarse a situaciones nuevas y relacionarse con otros.

Interacción: Influencia recíproca con el fin de establecer comunicación.

Interdisciplinar: enfoque que supone la colaboración e integración de diferentes

disciplinas en un marco común, combinando métodos, conceptos y perspectivas para lograr una comprensión más completa y una intervención más efectiva.

Internet: Red descentralizada de comunicación entre dispositivos digitales.

Intervención basada en evidencia: Prácticas clínicas fundamentadas en investigación científica.

Intervención precoz: Intervención al inicio de la aparición de un déficit o trastorno.

Isquemia cerebral: Accidente cerebrovascular por obstrucción del flujo sanguíneo al cerebro.

Korsakoff (síndrome de): Trastorno de la memoria y funciones cognitivas asociado al alcoholismo crónico.

Labilidad emocional: Inestabilidad del estado de ánimo, frecuente en alteraciones neurológicas.

Lateralidad: Uso preferente de un lado del cuerpo, como la mano o el pie dominante.

Lectura: Proceso de conversión de signos gráficos en unidades fonológicas y significado.

Lengua (idioma): Sistema verbal propio de una comunidad humana con vocabulario y gramática propios.

Lenguaje: Sistema estructurado de signos y reglas para la comunicación.

Lesión cerebral: Daño en el tejido cerebral por traumatismo, ictus, tumor u otros factores.

Lingüística: Ciencia que estudia el lenguaje en todos sus niveles: fonología, morfología, sintaxis, semántica y pragmática.

Logopedia: Disciplina que evalúa y trata trastornos de la comunicación humana.

Matemáticas: Ciencia del estudio de las cantidades, estructuras y relaciones mediante razonamiento lógico.

Melodic Intonation Therapy (MIT): Método terapéutico que utiliza la entonación melódica y salmodia para facilitar la producción verbal en personas con afasias no fluentes.

Memoria: Capacidad para codificar, almacenar y recuperar información.

Memoria episódica: Recuerdo de experiencias concretas vinculadas a un contexto espaciotemporal.

Memoria autobiográfica: Tipo de memoria episódica vinculada a vivencias personales.

Memoria inmediata (o sensorial): Almacenes breves de información procedente de los sentidos.

Memoria pública: Conocimiento sobre acontecimientos históricos compartidos por una comunidad.

Memoria semántica: Almacén de significados y relaciones conceptuales descontextualizadas.

Mente: Conjunto de funciones superiores del pensamiento, percepción, raciocinio, etc.

Morfosintaxis: Reglas combinatorias entre la morfología y la sintaxis que estructuran el lenguaje.

Motricidad: Capacidad del organismo para realizar movimientos voluntarios o involuntarios.

Multidisciplinar: enfoque que implica la participación de varias disciplinas (p. ej., neurología, psicología, lingüística, logopedia) en el estudio de un mismo objeto, cada una desde su propia perspectiva, sin necesidad de integración metodológica o conceptual.

Mundos virtuales: Campo relacionado con la inteligencia artificial en el que se simulan entornos artificiales con los que los usuarios pueden interactuar.

Mutismo: Negativa a hablar causada por factores afectivos o trastornos mentales, sin lesión en los centros del lenguaje o en los órganos de fonación.

Negligencia visual: Incapacidad para percibir estímulos en una mitad del campo visual, sin alteración visual directa.

Neurología: Rama de la medicina que estudia y trata las enfermedades del sistema nervioso.

Neurona: Célula del sistema nervioso especializada en recibir estímulos y transmitir impulsos eléctricos.

Neuroplasticidad: Capacidad del sistema nervioso para reorganizar sus conexiones funcionales en respuesta a la experiencia o al daño cerebral.

Neuropsicología: Disciplina que estudia la relación entre el cerebro y las funciones mentales.

Neurotransmisores: Sustancias químicas que permiten la comunicación entre neuronas.

Oral: Relativo a lo que se produce o transmite por la boca, especialmente el lenguaje.

Orientación espacial: Capacidad para ubicarse y moverse adecuadamente en el espacio.

Orientación temporal: Capacidad para situarse en el tiempo (pasado, presente, futuro).

Parafasia: Sustituciones o deformaciones de palabras en el habla, propias de trastornos del lenguaje como la afasia.

Paresia: Debilidad muscular o parálisis parcial, a menudo presente en trastornos neurológicos.

Parkinson (mal de o enfermedad de): Enfermedad neurodegenerativa caracterizada por temblores, rigidez muscular y lentitud de movimientos.

Parálisis cerebral: Trastorno motor causado por lesión cerebral en el desarrollo fetal o infantil.

Percepción: Proceso de selección, organización e interpretación de estímulos sensoriales.

PET (tomografía por emisión de positrones): técnica que registra la actividad metabólica cerebral mediante trazadores radiactivos. Tiene buena resolución espacial, aunque peor temporal que la fMRI.

Pragmática: Rama de la lingüística que estudia el uso del lenguaje en contextos comunicativos concretos.

Prevención: Conjunto de medidas destinadas a impedir o reducir la aparición de un trastorno.

Programación: Organización ordenada de actividades o intervenciones.

Prosodia: Componente suprasegmental del habla que incluye entonación, ritmo, velocidad y acentuación, fundamental para la expresividad y comprensión oral.

Prosopagnosia o prosopognosia: Incapacidad para reconocer rostros, incluso de personas cercanas.

Prótesis: Dispositivo artificial que sustituye una parte del cuerpo.

Psicología: Ciencia que estudia los procesos mentales y el comportamiento humano.

Psiquiatría: Rama de la medicina dedicada al diagnóstico y tratamiento de enfermedades mentales.

Rapidez de respuesta: Véase tiempo de reacción.

Rasgo distintivo: unidad mínima de la fonología que describe una característica articulatoria o acústica capaz de diferenciar fonemas dentro de una lengua. Por ejemplo, el rasgo [+voz] distingue /b/ de /p/, y el rasgo [+nasal] distingue /m/ de /b/.

Reeducación/Rehabilitación: (Véase también terapia): Proceso estructurado de intervención logopédica orientado a restaurar o mejorar funciones alteradas.»

Reserva cognitiva: Capacidad del cerebro para resistir los efectos del deterioro mediante estrategias compensatorias.

Respiración: Proceso mediante el cual se produce el intercambio de gases entre el organismo y el ambiente.

RMN (Resonancia Magnética Nuclear): Técnica de diagnóstico por imagen basada en la resonancia de los átomos.

Ruta fonológica: Mecanismo lector que permite leer palabras nuevas o pseudopalabras convirtiendo grafemas en fonemas.

Ruta léxica: Mecanismo lector que permite reconocer palabras conocidas directamente desde el léxico visual.

Seguimiento: Conjunto de medidas utilizadas para observar la evolución de un paciente.

Sinapsis: Proceso de transmisión de información entre neuronas mediante impulsos eléctricos y neurotransmisores.

Sistema de comunicación alternativo y aumentativo: Conjunto de métodos que permiten o mejoran la comunicación cuando el lenguaje verbal está limitado.

Sordera: Véase deficiencia auditiva.

Síndrome genético: Conjunto de síntomas que caracterizan una condición genética.

TAC (Tomografía axial computarizada): Técnica de imagen médica que usa rayos X para obtener imágenes del cuerpo, especialmente del cerebro.

Tasa de dependencia: Porcentaje de personas mayores respecto a la población activa.

Tasa de envejecimiento: Porcentaje de mayores de 65-70 años en relación con la población total.

Tasa de natalidad: Número de nacimientos por cada mil habitantes en un año.

TDL (Trastorno del Desarrollo del Lenguaje): Trastorno del neurodesarrollo que afecta significativamente la adquisición y el uso del lenguaje oral (y a menudo también escrito), sin estar causado por sordera, discapacidad intelectual, TEA ni daño neurológico identificado. El término *TDL* ha sido propuesto por el proyecto internacional CATALISE como sustituto del anterior *TEL*, al considerar que muchos casos no cumplen los criterios de «especificidad», pero sí presentan un trastorno funcional del lenguaje con impacto real en la comunicación.

TEL→ véase TDL

Terapia: Intervención dirigida a prevenir, corregir o aliviar un trastorno.

Test: Conjunto de pruebas estandarizadas para evaluar aspectos cognitivos, lingüísticos o emocionales.

Tiempo de reacción (o TR): Se refiere a la rapidez de respuesta o tiempo que media entre la estimulación de un órgano sensorial y el inicio de una reacción.

Traumatismo: Lesión, herida o perturbación emocional severa producida por una causa externa.

Traumatismo craneoencefálico (TEC). Traumatismo ocurrido sobre el cráneo y que afecta al encéfalo en diferente grado.

Trombosis (cerebral): Coágulo sanguíneo que se forma en una arteria cerebral y que obstruye el flujo sanguíneo.

Tumor: Crecimiento anormal de tejido que puede ser benigno o maligno, y que puede provocar desplazamientos o disfunciones en órganos vecinos.

Viñeta clínica: Breve descripción de un caso clínico representativo, utilizada con fines didácticos para ilustrar síntomas, diagnósticos o intervenciones.

Visión: Percepción del entorno mediante el sentido de la vista.

Voz: Conjunto de sonidos producidos por la vibración de las cuerdas vocales, modulados por las cavidades de resonancia y articulados por los órganos fonadores.

Índice temático

Los números remiten al capítulo correspondiente o, cuando se indica con decimales, al apartado específico donde se desarrolla el concepto. Las llamadas a anexos están señaladas explícitamente.

Conceptos clave

Conceptos clave

- Actividades de reflexión → Final de cada capítulo
- Afasia → 12
- Agnosia / Amusia → 13
- Análisis por niveles lingüísticos → 2, 5
- Apraxia del habla → 9
- Área de Broca / Wernicke → 2, 12
- Clasificación de trastornos del lenguaje y habla → 2, 6
- Clasificación por niveles lingüísticos → 2.5
- Clasificación evolutiva frente a adquirida → 2.7, recuadro en cap. 3
- Clasificaciones clínicas (DSM / CIE) → 6 (nota)
- Comunicación animal frente a lenguaje humano → 1.2 (recuadro)
- Componentes del lenguaje (fonológico, morfosintáctico, etc.) → 5.2, 7.5
- Criterios diagnósticos del TEL/TDL → 7
- Diadococinesia (DDK) → 7.6
- Dificultad / retraso / trastorno / pérdida del lenguaje → 2.3
- Disartria → 9
- Disfemia / Tartamudez → 6.3
- Disglosia → 6.3
- Dislalia funcional → 8
- Dominancia cerebral del lenguaje → 2.1
- Errores fonológicos frente a fonéticos → 8.3
- Evaluación logopédica → 9.6, 12.7
- Funciones del lenguaje (Jakobson) → 5.3
- Giro angular / supramarginal → 2.1, recuadro final Capítulo 1
- Glosario terminológico → Glosario final
- Historia de la psicopatología del lenguaje → 1.4
- Intervención logopédica → todos los capítulos clínicos
- Lateralización cerebral → 2.1, recuadro en cap. 1
- Lenguaje: estructura y funciones → 5
- Logopedia: evolución y campo de estudio → Introducción
- Modelos de TEL/TDL (Rapin, Leonard, CATALISE) → 7.3
- Neurodesarrollo del lenguaje → 3
- Neuropsicología del lenguaje → 2, 12

- Perfiles fonológicos → 8.4, 7.6
- Plasticidad cerebral / reorganización funcional → 2.1, 12.4
- Pronóstico clínico → Anexo I
- Reeducción / rehabilitación logopédica → 9.7, 12.8
- Sistema fonológico del español → 🎧 Véase Anexo III
- Síntomas frente a signos clínicos → 9.3, 12.4
- TEL/TDL: definición y diagnóstico → 7.1–7.2
- Trastornos del lenguaje escritos → 10
- Trastornos motores del habla → 9
- Trastornos neurodegenerativos → 12.9, 13.4
- Trastornos pragmáticos → 7.3, 5.3, 6.3



Anexos y recursos complementarios

- Anexo I. Formulaciones diagnósticas y pronósticas clínicas
- Anexo II. Sistema fonológico del español
- Anexo III. Caso reflexivo de dislexia compensada
- Glosario ampliado de términos clínicos



Bibliografía básica de apoyo

1. Obras generales sobre psicopatología del lenguaje y logopedia

- **Chevrie-Muller, C.** (2007). *Psicopatología del lenguaje*. Masson.
- **Crystal, D.** (1993). *Patología del lenguaje*. Cátedra.
- **Cuetos Vega, F.** (2014). *Psicología del lenguaje*. Pirámide.
- **Gillam, R.B., Marquardt, T.P., & Martin, F.N.** (2011). *Communication Sciences and Disorders*. Boston: Jones & Bartlett Pub.
- **Owens, R. E., Metz, D. E., & Farinella, K. A.** (2011). *Introduction to Communication Disorders: A Lifespan Evidence-Based Perspective*. Pearson.
- **Paredes, M.J., & Martín, V.M.** (2018). *Corpus de Trastornos del Lenguaje*. Universidad de Cádiz.
- **Ramos, F., Contador, I., & Adrián, J.A.** (2024). Psicopatología del lenguaje. En Amparo Belloch, Bonifacio Sandín y Francisco Ramos (Eds.), *Manual de Psicopatología* (329-374). McGraw Hill.
- **Romero-Nieva, S.** (2011). *Manual de psicopatología del lenguaje*. UNED.
- **Vinson, B. P.** (2011). *Language Disorders Across the LifeSpan*. Delmar Cengage.

2. Trastornos del desarrollo del lenguaje (TEL/TDL, dislalias, dislexia)

- **Aguado, G.** (2017). *Trastornos del habla y de la voz*. Editorial UOC.
- **Alegría, J.** (2006). Por un enfoque psicolingüístico del aprendizaje de la lectura y sus dificultades—20 años después [Support for a psycholinguistic approach to reading acquisition and reading difficulties: Twenty years later]. *Infancia y Aprendizaje*, 29(1), 93–111. <https://doi.org/10.1174/021037006775380957>
- **Andreu, L., Ahufinger, N., Igualada, A., & Sanz-Torrent, M.** (2021). Descripción del cambio del TEL al TDL en contexto angloparlante. *Revista de Investigación en Logopedia*, 11(Núm. Especial), 9–20. <https://doi.org/10.5209/rlog.70857>
- **Bishop, D. V. M., Snowling, M. J., Thompson, P. A., Greenhalgh, T., & CATALISE Consortium.** (2017). Phase 2 of CATALISE: A multinational and multidisciplinary Delphi consensus study of problems with language development: Terminology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 58(10), 1068–1080. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12721>
- **Buiza, J. J., Rodríguez-Parra, M. J., González-Sánchez, M., & Adrián, J. A.** (2016). Specific language impairment: Evaluation and detection of differential psycholinguistic markers in phonology and morphosyntax in Spanish-speaking children. *Research in Developmental Disabilities*, 58, 104–115. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2016.08.008>
- **Cuetos Vega, F.** (2010). *Psicología de la lectura* (2.^a ed.). Wolters Kluwer.
- **Leonard, L. B.** (2004). *Children with Specific Language Impairment*. MIT Press.
- *Manual teórico y práctico en retrasos del habla: Dislalia, disglosia.* (2010). Editorial EOS.
- **Mendoza, E.** (2001) *Los trastornos específicos del lenguaje (TEL)*. Pirámide.
- **Morais, J.** (1998). *El arte de leer*. Visor.

- **Morais, J. & Adrián, J.A.** (2015). *Hacer buenos lectores*. Aljibe.
- **Serrano, F. & Defior, S.** (2014). *Dislexia: Diagnóstico e intervención*. Pirámide.
- **Jiménez, J. E., & Rodrigo, M.** (2000). *Dislexia: teoría y práctica*. Síntesis.
- **Jiménez, J. E. (Coord.)** (2010). *Intervención psicoeducativa en dificultades específicas del aprendizaje*. Pirámide.
- **Busto Barcos, M. C. & Martínez Guijarro, M. P.** (2007). *Manual de logopedia escolar: Niños con alteraciones del lenguaje oral en Educación Infantil y Primaria*. CEPE.

3. Trastornos adquiridos: afasia, disartria, amusia

- **Ardila, A. & Rosselli, M.** (2007). *Neuropsicología clínica del lenguaje, lectura y escritura*. Manual Moderno.
- **Briales Grzib, H.** (2021). *Programa de rehabilitación de las afasias: De severo a moderado*. UNO Editorial.
- **Cuetos Vega, F.** (2011). *Neurociencia del lenguaje: Bases neurológicas e implicaciones clínicas*. Editorial Médica Panamericana.
- **Helm-Estabrooks, N., & Albert, M. L.** (2005). *Manual de la afasia y de terapia de la afasia* (2.ª ed.). Editorial Médica Panamericana.
- **Lecours, A. R. & Lhermitte, F.** (1980). *Afasiología*. Masson.
- **Martínez Martín, J. A.** (2022). *Manual de Neuropsicología*. Universidad Pontificia de Salamanca.
- **Peretz, I. & Zatorre, R. J.** (2005). *Brain Organization for Music Processing*. *Annual Review of Psychology*, 56, 89–114.

4. Recursos didácticos, digitales y clínicos complementarios

- **ASHA – American Speech-Language-Hearing Association:** portal de referencia con materiales clínicos, guías de práctica e investigación actualizada. Disponible en: <https://www.asha.org>.
- **Baterías y herramientas habituales en evaluación logopédica:** PROLEC-R, BLOC, PROLEXIA, BOSTON, BETA, NEUROBEL (consultar con el profesorado en prácticas).
- **CPLOL / ESLA – Comité Europeo de Logopedas:** recursos normativos y formativos sobre práctica profesional. Disponible en: <https://www.cplol.eu>.
- **Inventapalabras:** aplicación para el entrenamiento lector. Juana Muñoz, Jesús López y Manuel Muñoz-Rosa (2025). Disponible en: <https://app.inventapalabras.com>.
- **Leeduca:** plataforma de recursos y programas para la enseñanza de la lectura. Disponible en: <https://leeduca.com>.
- **Smartick Lectura:** plataforma en línea para el entrenamiento en lectura y comprensión. Disponible en: <https://www.smartick.es/lectura>.