
Factors de risc dels trastorns del llenguatge

Afectació del llenguatge a causa de variables socials i emocionals

PID_00261670

Inmaculada Sureda García
Mario Valera Pozo
Eva Aguilar Mediavilla

Temps mínim de dedicació recomanat: 3 hores



Inmaculada Sureda García

Mario Valera Pozo

Eva Aguilar Mediavilla

Índex

Introducció.....	5
1. Dificultats de llenguatge associades a mancances en variables socials.....	7
1.1. Definició, classificació i característiques	7
1.2. Avaluació	15
1.3. Tractament	16
2. Trastorn de la comunicació per ansietat infantil: el mutisme selectiu.....	20
2.1. Definició, classificació i característiques	20
2.2. Avaluació del mutisme selectiu	22
2.3. Tractament i prevenció del mutisme selectiu	23
3. Variables socials i afectives que modulen la disfèmia.....	24
3.1. Definició, classificació i característiques	24
3.2. Avaluació de la disfèmia	27
3.3. Tractament i prevenció de la disfèmia	28
4. Variables socials i emocionals de la disfonia: disfonia psicògena.....	30
4.1. Definició, classificació i característiques	30
4.2. Avaluació de la disfonia	32
4.3. Tractament i prevenció de la disfonia	32
5. Conclusions.....	34
6. Bibliografia.....	35

Introducció

Les variables socials i emocionals constitueixen un conjunt de característiques ambientals relacionades amb el bon desenvolupament del llenguatge que, encara que no es poden considerar moltes vegades una causa directa dels trastorns de la veu, la parla, el llenguatge i la comunicació, solen ser considerades factors que predisposen o tenen major prevalença en moltes d'aquestes dificultats.

Les variables socials no són per si mateixes una patologia, però la prevalença de retards i trastorns específics del llenguatge entre els infants de classes socioeconòmiques baixes és molt més gran que entre els grups de nivells socioeconòmics alts (Bishop, Snowling, Thompson, Greenhalgh, CATALISE Consortium, 2016), i, a més, els estudis han constatat que hi ha menys nivell lingüístic en infants de classe social baixa degut al fet que reben entrades o *inputs* de menys qualitat (Ginsborg, 2006). Un dels objectius del treball del logopeda ha de ser compensar aquestes limitacions socials perquè el llenguatge és la base de l'educació i aquestes diferències poden provocar pitjors resultats escolars i a la llarga fracàs escolar.

Respecte a les variables emocionals, hem de tenir en compte que una de les funcions més importants del llenguatge és la pròpia regulació emocional i conductual. Així, doncs, les habilitats d'expressió i fluïdesa del llenguatge són necessàries per a denominar emocions i parlar-ne, compartir-les amb uns altres, examinar les relacions entre accions, intencions i sentiments, i ser més reflexius en la resolució de dilemes interpersonals. No obstant això, què ocorre quan el trastorn emocional dificulta o impedeix el llenguatge?

L'objectiu d'aquest mòdul és analitzar, d'una banda, les dificultats lingüístiques associades a variables socials i, de l'altra, analitzar tres trastorns amb factors desencadenants de tipus prioritàriament emocional i que ocasionen afectació del llenguatge: el mutisme selectiu, la disfèmia (quequesa) i la disfonia psicògena. Es descriuran cadascuna d'aquestes dificultats de manera separada, concretant per a cadascuna la definició, classificació (si en té) i característiques tant generals com lingüístiques, i també la seva etiologia i prevalença. Posteriorment, s'abordaran les mesures d'intervenció, que partiran sempre de l'avaluació, i la prevenció i el tractament específic.

El logopeda haurà de concretar la detecció precoç dels trastorns indicats en aquest mòdul en els primers anys de l'escolaritat o fins i tot en un període anterior. Serà necessari un treball preventiu que informe i proporcioni als pares les pautes i procediments que han de seguir per a ajudar els infants a adquirir el llenguatge i no cronificar aquestes dificultats. També és necessari que el logopeda intervingui de manera directa amb l'infant i informi els mestres de

l'evolució i del pronòstic de l'alteració psicolingüística en el cas de retards del llenguatge, mutisme, disfèmia o disfonia. Els tres primers trastorns descrits són d'especial importància per al logopeda que atén les demandes de la institució escolar, ja que són trastorns freqüents o significatius en aquest context. De manera especial, el professional de logopèdia ha de conèixer de prop les qüestions que afecten l'àmbit social i emocional de l'infant amb aquests trastorns, ja que són variables que desencadenen i/o predisposen de manera prioritària el desenvolupament dels trastorns descrits.

1. Dificultats de llenguatge associades a mancances en variables socials

Quan parlem de desenvolupament del llenguatge, hem d'assumir que la família actua gairebé sempre com el primer grup social en què es veu implicada la persona. Per tant, la família serà la primera que estimularà lingüísticament. Des d'aquest enfocament, si les condicions socials (privació d'estímul o estimulació inadequada, o negligència) no són adequades, sorgiran complicacions que poden derivar en retard, trastorns o simplement nivells lingüístics de pitjor qualitat. La teoria de Vigotsky ja assenyalava la importància d'aquestes variables en el desenvolupament del llenguatge (Aguado, 1997). Així, doncs, el llenguatge, tant en l'àmbit estructural com en el funcional, es construeix sobre bases inicials que involucren la socialització, especialment per la interacció amb els cuidadors. Si la interacció amb els cuidadors és inexistent, deficitària o de poca qualitat, no tindrem la base necessària per a desenvolupar-lo.

A més, cada cultura, i també cada família, presenten les seves pròpies característiques i circumstàncies, que no són homogènies. Aquesta particularitat ha de ser tinguda en consideració quan parlem de variables socials i de la manera com afecten el llenguatge i el seu desenvolupament. Per si això no fos poc, en aquests casos és molt difícil separar les diferents variables socials (nivell econòmic, nivell educatiu, cultura, treball dels pares, estil parental, i/o situacions d'adopció o immigració, entre d'altres), per la qual cosa les tractarem conjuntament al llarg d'aquest mòdul fent-hi referència com a variables socials en general però especificant-les quan els estudis hi facin referència en concret.

1.1. Definició, classificació i característiques

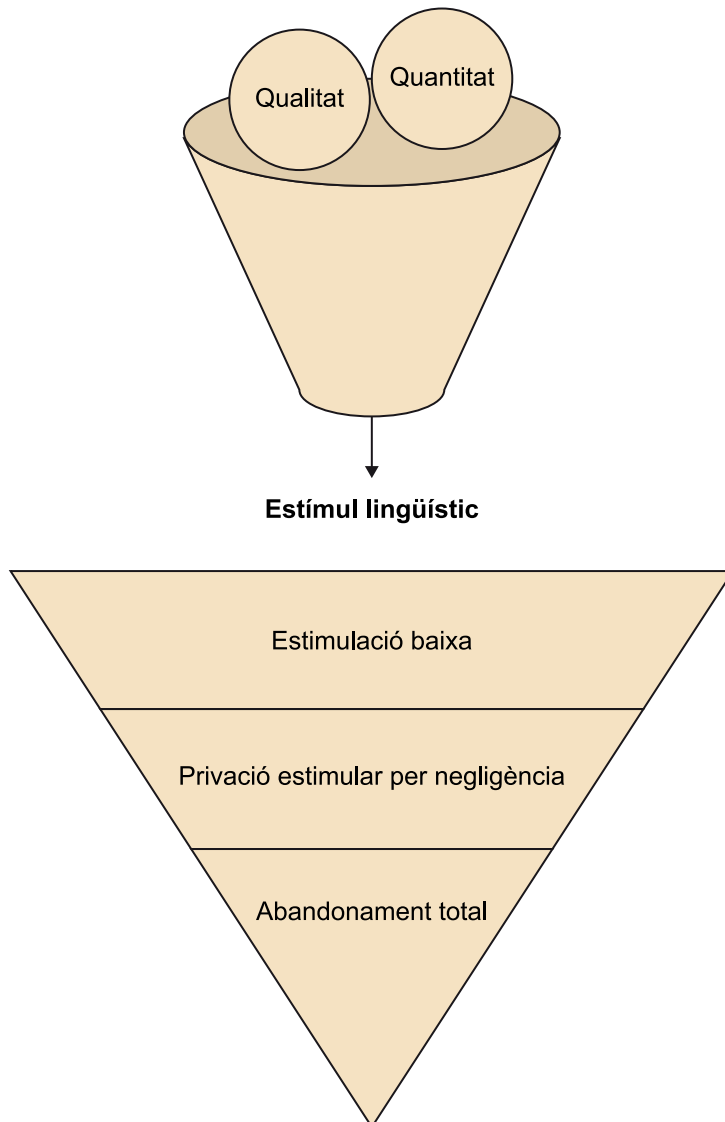
Definició i tipus

En aquest apartat, en comptes d'abordar una patologia o dificultat, es pretén abordar la gran varietat de conceptes que componen les dificultats socials que poden afectar el llenguatge. Com que es tracta d'un ampli conjunt de variables, ens centrarem de manera específica en les que poden deixar un major pòsit en l'adquisició i desenvolupament del llenguatge. En tot cas, no hem de perdre de vista que darrere de totes aquestes variables (classe econòmica, classe social, nivell educatiu, entre d'altres) hi ha la falta de **quantitat** o de **qualitat** de l'estímul lingüístic que rep l'infant, que no li permet desenvolupar un sistema lingüístic adequat. No obstant això, aquesta falta de quantitat o qualitat pot tenir diferents graus. Així, doncs, podem diferenciar l'**estimulació baixa**, la **privació estimular**, que sol donar-se en casos de negligència, i finalment el cas extrem de l'**abandonament total**. En l'estimulació baixa hi ha suport lingüístic, però no és suficient o és inadequat o de baixa qualitat. En la privació estimular no hi ha un suport lingüístic en l'àmbit social que permeti el desen-

volupament del llenguatge. Sol produir-se en situacions de negligència en què hi ha una falta de cures adequades o continuades, fet que marcarà també negativament el desenvolupament general de l'infant a més del seu llenguatge. Finalment, hi ha el cas extrem d'abandonament total.

Hi ha diverses causes que poden derivar en aquests dèficits de quantitat o qualitat estimular, tal com veurem més profundament més endavant. Així, per exemple, unes pobres condicions econòmiques i educatives dels pares es consideren factors de risc de dificultats lingüístiques, ja que estan relacionades amb una major presència de situacions de baixa estimulació, de privació estimular i/o d'abandonament. Altres factors relacionats amb aquest àmbit i que influiran en el desenvolupament del llenguatge són des de l'**estil parental** d'educació fins al vincle afectiu que es forma entre cuidadors i infants, passant pel nivell d'implicació dels cuidadors en el procés escolar i educatiu. Es pot veure un resum d'aquests tipus de factors en la figura 1.

Figura 1. Situacions socials que afecten el desenvolupament del llenguatge



Coocurrència amb altres patologies o problemes

Hem comentat que l'objectiu d'aquest mòdul és donar llum a les variables socials que poden afectar l'adquisició i el desenvolupament del llenguatge. Des d'aquest punt de vista, una configuració inadequada d'aquests elements tant pot provocar dèficits en el llenguatge que no comporten un trastorn lingüístic com fomentar que n'aparegui algun.

La principal dificultat amb què solen anar fortament lligades les variables socials respecte al llenguatge és el **retard de llenguatge** (Aguado, 2014), que en casos greus i amb predisposició genètica pot cronificar-se i arribar a ser considerat un trastorn del desenvolupament del llenguatge (TDL, també denominat trastorn específic del llenguatge o TEL). Un dels factors més importants que pot influir en la presència d'aquest trastorn és el rebuig o negligència cap a l'infant, encara que la sobreprotecció de l'infant pot anar associada també a aquesta problemàtica. D'una banda, el rebuig o la presència de negligències en la cura de l'infant pot desembocar en una entrada o *input* sociolingüístic reduïda que propiciï aquest retard del llenguatge. D'altra banda, la mateixa sobreprotecció pot crear paradoxalment una situació en què el llenguatge emprat pels pares i cuidadors en comunicar-se amb l'infant sigui de nivell lingüístic baix i escassa exigència, la qual cosa també podria propiciar aquest posterior retard del llenguatge per l'absència d'estimulació lingüística adequada.

D'igual manera, la presència d'un nivell educatiu baix dels pares és una de les causes que pot acabar ocasionant un retard del llenguatge, segons defensa el mateix Aguado (2014). Altres vegades, malgrat que la situació socioeconòmica familiar no és problemàtica, el mitjà és poc estimulant des d'un punt de vista lingüístic o l'infant gaudeix d'una baixa autonomia a causa d'un estil parental restrictiu (entès com un estil parental de criança totalitari en què les exigències sobre l'infant són altes i el control sobre els seus actes és marcat, la qual cosa dona poc peu al diàleg). Tots aquests aspectes poden donar-se en casos de retard del llenguatge i potenciar aquesta patologia.

Si bé a vegades s'ha intentat vincular la presència de problemes socials a la **disfèmia**, hem de ser cautelosos en aquesta vinculació. Revisions com la que fan Yairi i Ambrose (2013) apunten que un substrat estrictament social en la disfèmia és dubtós. Sembla que aquest trastorn té més relació amb les variables emocionals, com bé s'il·lustra en l'apartat 4 del present mòdul.

On sí que podem trobar més vincles entre variables socials i el llenguatge és en l'àmbit de la discapacitat intel·lectual. Estudis com el de Coronel (2012) mostren que la **discapacitat intel·lectual** està influïda per l'entorn educatiu i econòmic familiar on creix l'infant. D'aquesta manera, ocorre com amb l'adquisició i desenvolupament del llenguatge: si aquestes variables són inadequades o reduïdes, hi ha més opcions que apareguin problemes. Tenint això en compte, el nexce que uneix discapacitat intel·lectual i llenguatge és evident:

tots dos apareixen o s'agreugen en circumstàncies similars. A més, la mateixa discapacitat intel·lectual comporta diversos dèficits de llenguatge en totes les facetes (vegeu els mòduls 5 i 6 del present manual).

Causes

Generalment, els dos factors principals que relacionen les variables socials amb una afectació del llenguatge són, tal com hem comentat, la presència d'un medi poc estimulant (baixa quantitat) i el fet que aquest medi no tingui la qualitat adequada (baixa qualitat), sempre des del punt de vista lingüístic (Aguilar-Alonso i Aguilar-Mediavilla, 2004). Les causes que produeixen aquesta baixa quantitat i qualitat de l'*input* són diverses i inclouen diverses variables. Dues variables que han estat estudiades àmpliament en aquest sentit són la **situació econòmica** i la **pertinença a una determinada classe social**. Segons com siguin, ambdues poden ser precursoras d'una estimulació inadequada o fins i tot d'una privació d'estímuls. La classe social i la situació econòmica determinen altres variables com l'habitatge, el barri o la localitat en la qual aquest se situa, el centre educatiu al qual assistirà l'infant, la qualitat de l'*input* que rep l'infant i els recursos compensatoris de què es disposen, entre altres aspectes.

Aguaded (2000) ha afirmat que el fet de criar-se en ambients familiars desfavorits econòmicament, on es presenta una estimulació baixa per al llenguatge, pot donar motiu que aquest tingui un desenvolupament més pobre. Per a això, es van comparar dos grups de la zona rural de Huelva, un d'infants les famílies dels quals presentaven un nivell socioeconòmic baix i un altre d'infants les famílies dels quals presentaven un nivell socioeconòmic alt. A més de valorar el seu llenguatge mitjançant entrevistes obertes, es van entrevistar la família i els tutors escolars. Es va trobar que els infants pertanyents a classes socials més humils estaven exposats a situacions d'interacció sociolingüístiques més pobres. Aquestes interaccions acabaven repercutint en un llenguatge deficitari en comparació d'altres contextos socioeconòmics més afavorits. El fet de pertànyer a una o altra classe social també determinava la quantitat i qualitat d'*input* que l'infant rebia, la qual cosa repercutia també en les seves produccions lingüístiques.

Altres estudis també han manifestat que el nivell econòmic familiar pot influenciar de manera marcada l'estimulació lingüística que es rep (Romeo *et al.*, 2018). Segons s'assenyala, els infants pertanyents a famílies amb un nivell d'ingressos econòmics alt poden arribar a exposar-se a una xifra molt més elevada de paraules (s'estima aquest desfasament en prop de 30 milions de paraules; Romeo *et al.*, 2018) que els pertanyents a famílies amb un nivell d'ingressos baix perquè participen en més converses (Gilkerson *et al.*, 2017), i, a més, aquests intercanvis són de major qualitat (nombre de situacions simbòliques, de rutines i rituals conjunts, i de comunicació fluida i connectada), qualitat que és la variable més important per a explicar les diferències en el llenguatge posterior (Hirsh-Pasek *et al.*, 2015). Això faria que el llenguatge dels infants provinents de nivells socioeconòmics més baixos fos menys ric, la qual

cosa n'afectaria el desenvolupament lèxic i lingüístic. A més, no podem perdre de vista que un nivell socioeconòmic baix pot anar lligat a poques oportunitats de rebre un tractament i accedir al llenguatge, la qual cosa dificultaria la millora de la situació lingüística.

Altres causes que poden influir en aquesta relació entre el nivell econòmic i el retard del llenguatge són la falta de suport social en diversos àmbits, el nivell educatiu dels pares (especialment el de les mares, encara amb una major cura dels fills durant els primers anys de vida), les expectatives que aquests dipositen en l'infant i les ajudes econòmiques o socials que reben aquestes famílies. No obstant això, aquesta relació depèn també d'altres variables i no sempre serà d'aquesta manera, per la qual cosa aquests factors socials no poden ser considerats causants directes de retard lingüístic sinó solament un factor de risc.

Un altre conjunt de variables relacionades amb el desenvolupament lingüístic són les **situacions de negligència o abandonament familiars o institucionals** (com en els casos d'adopció d'infants procedents d'institucions). Aquestes situacions també influeixen en el desenvolupament del llenguatge i fan que el llenguatge sigui més pobre. Pel que sembla, en aquests casos el fet d'haver tingut menys oportunitats en els àmbits social i escolar, per negligència o abandonament, pot alterar el desenvolupament normatiu del llenguatge. Cicchetti i Carlson (1989) ja van assenyalar que el maltractament infantil, que inclou la manca d'afecte, el rebuig i l'abandonament, entre altres factors, repercuteix negativament sobre el llenguatge de l'infant. Moreno-Manso (2003) assenyalava que els dèficits lingüístics oposats en infants maltractats es deuen a la situació de privació d'estímuls que es dona en les situacions de maltractament infantil i no tant (o no exclusivament) al mateix maltractament, ja que el maltractament va lligat moltes vegades a situacions de negligència o fins i tot d'abandonament en contextos de nivell socioeconòmic baix. Òbviament, en aquestes dues situacions (negligència i abandonament) es produeix una privació d'estímuls o, en tot cas, una estimulació poc rica de les habilitats lingüístiques. També s'han descrit àmpliament les situacions de retards lingüístics en infants adoptats provinents d'institucions internacionals de països pobres o amb poques ajudes socials a causa de la falta d'estimulació durant els primers anys de vida, a més de la falta de vinculació emocional durant aquests primers anys (Ivern i Sales, 2016).

No obstant això, no és necessari arribar a una situació de negligència marcada o abandonament perquè el llenguatge es vegi afectat per causes de caràcter social. El **baix suport social comunitari**, familiar (no únicament per part dels progenitors) i escolar també dificultarà una estimulació lingüística adequada (Hirsh-Pasek *et al.*, 2015). En última instància, l'infant no és solament un ésser que es relaciona amb la seva família més propera (pares), sinó que ho fa també amb la resta de la seva comunitat, especialment la resta de familiars i, sobretot,

l'escola, ja que hi passa molt temps. Si aquests contextos no són capaços de proveir l'estimulació necessària, si no compleixen la seva quota, el llenguatge pot ser deficitari.

Tal com s'ha afirmat en apartats anteriors, el **nivell educatiu dels pares**, especialment de la mare, i la seva categoria laboral s'han mostrat també com a factors que poden incidir en el desenvolupament del llenguatge. Els estudis assenyalen que, com més alts siguin el nivell d'estudis i la categoria laboral dels pares, especialment de la mare, menys risc i millor pronòstic tindrà el desenvolupament del llenguatge de l'infant (Santa Maria-Mengel i Martins, 2007). Tenint en compte que els pares seran la font primària d'estimulació sociolingüística per a l'infant, el nivell de llenguatge d'aquells marcarà la qualitat del que rebrà. Una mala qualitat lingüística dels progenitors deguda al seu nivell sociocultural deriva en un model de llenguatge més pobre per a l'infant. Per contra, un model positiu com el que ofereix un model de **parla contingent** fomenta l'aprenentatge del llenguatge (McGillion, Pine, Herbert, Matthews, 2017).

Les expectatives i exigència dels pares respecte a l'aprenentatge de l'infant també poden afectar el seu desenvolupament del llenguatge. Un **estil parental** restrictiu, basat en grans exigències i expectatives envers l'infant, pot coartar-ne l'autonomia per a desenvolupar-se. Però no solament això: pot provocar que es prefereixi no parlar (per tal de no decebre els progenitors), amb la consegüent pèrdua de pràctica verbal.

Quant a les progenitores, Tamis-Lemonda, Song, Smith Leavell, Kahana-Kalman i Yoshikawa (2012) van afirmar també l'existència de diferències en l'estimulació lingüística que rebien els infants en una edat molt inicial dependent de la cultura de procedència de la mare. Així, les mares amb diferents rerefons culturals interactuaven amb els fills petits de maneres diferents quant a la gestualització, l'ús de **llenguatge regulatori** i l'ús de **llenguatge referencial**. D'una banda, es va demostrar que les cultures que empren més gestualització afavoreixen el llenguatge receptiu però no l'expressiu. D'altra banda, les cultures que empren més el llenguatge referencial beneficien el desenvolupament del llenguatge posterior. Aquestes dues diferències en l'estimulació lingüística precoç, fruit de la varietat cultural, influiran també en el posterior desenvolupament del llenguatge.

Finalment, un factor de caràcter econòmic que pot marcar la presència o no de problemes en el llenguatge i, encara més, la correcta atenció als problemes o la solució d'aquests si n'hi ha és la presència d'ajudes **econòmiques i socials** a les quals la família pugui accedir. En casos d'entorns privats i on els recursos econòmics són escassos, la possibilitat d'una avaluació i posterior tractament, i també l'obtenció d'un *input* lingüístic superior, dependran molt d'aquestes ajudes.

Epidemiologia (prevalença, incidència)

En el cas de les variables socials, és difícil fer una valoració de la seva incidència. A més, cal tenir en compte que en molts casos caldria fer inferències, la qual cosa no és l'objectiu principal d'aquest material. No obstant això, intentarem aclarir algunes dades que puguin donar resposta a la presència d'aquests factors.

En primer lloc, la presència o risc de pobresa és un dels indicadors més clars de nivell econòmic baix. En el cas d'Espanya, la Xarxa Europea de Lluita contra la Pobresa i l'Exclusió Social va assenyalar, en el seu informe del 2017 (les dades del qual corresponen al 2016), que el nombre de persones en risc de pobresa és de gairebé 13 milions, la qual cosa significa el 27,9% de la població (Llano Ortiz, 2016). Això ens dona una aproximació de la gran repercussió social que pot tenir aquest problema econòmic, del qual ja hem assenyalat en altres apartats els riscos per a l'adquisició i desenvolupament del llenguatge.

En l'àmbit educatiu, si ens basem en les dades de l'estudi *Education at a Glance*, el 2017, el 34,7% de la població espanyola només tenia estudis bàsics, xifra que augmenta al 41,7% si s'inclouen les persones que tenen educació secundària obligatòria o inferior. Les dades per a les persones amb educació terciària (això és, educació superior a secundària obligatòria) són del 35,7%. L'estudi manifesta que el percentatge de gent amb major nivell educatiu reglat ha augmentat en els últims setze anys. Per tant, podem assumir que, si bé continua havent-hi un alt percentatge de gent amb estudis bàsics, la tendència apunta al fet que aquest nivell d'estudis és cada vegada més alt. Tal com hem assenyalat, un nivell d'estudis baix en els progenitors, especialment la mare, pot afectar l'adquisició i desenvolupament del llenguatge, encara que aquesta realitat social ha millorat en els últims anys.

Si ens centrem en el retard del llenguatge, la principal patologia del llenguatge que es està relacionada amb les variables socials, Gassió-Subirachs (2006) apunta que la seva prevalença és del 15% en edat preescolar. Aquest indicador disminueix fins al 2-3% en edat escolar.

Característiques generals

Les variables de tipus social, sobretot la deficiència d'aquestes, pot acabar produint, tal com hem assenyalat, algunes situacions que dificultin que el desenvolupament de l'infant sigui òptim. En aquest sentit, no solament el llenguatge pot veure's afectat sinó també tots els processos de creixement normatius.

A més, és necessari remarcar que la pobresa d'estimulació social en els casos més extrems (negligència familiar severa o abandonament) pot tenir seqüeles de més abast que l'afectació del llenguatge, principalment el retard en el desenvolupament general (Arruabarrena, De Paül i Torrès, 1996). Així, doncs, en aquests casos parlem d'un possible trastorn global del desenvolupament.

El trastorn global del desenvolupament (Mithyantha, Kneen, McCann i Gladstone, 2017) es pot definir com un retard de caràcter general, que afecta dos o més aspectes del desenvolupament. Els aspectes que poden veure's afectats són la psicomotricitat, el llenguatge, la cognició, les habilitats socials o interpersonals i, evidentment, la pròpia vida diària. Els infants que el pateixen presentaran un nivell de desenvolupament per sota de l'esperat en algunes d'aquestes àrees donada l'edat cronològica. S'estima que la seva prevalença oscil·la entre l'1% i el 3% de la població pediàtrica.

Característiques del llenguatge degudes a aquestes variables

En aquest camp trobem diverses recerques que apunten a la manera com les variables socials poden afectar el llenguatge. En general, cal assenyalar que hi ha similituds i diferències entre l'afectació del llenguatge que produeixen la situació de negligència i la d'abandonament. Ambdues acaben ocasionant un desenvolupament del llenguatge inferior per l'edat. No obstant això, l'abandonament infantil repercuteix en dèficits morfològics, sintàctics, semàntics i pragmàtics, mentre que la negligència sembla afectar sobretot el component lexicosemàntic.

Per tant, les variables socials afecten de manera diferent cada component del llenguatge:

- **Llenguatge general.** L'ambient desfavorit afecta tant l'expressió com la recepció del llenguatge (Aguaded, 2000). González i els seus col·laboradors (2001) manifesten que, en cas de negligència familiar, el llenguatge es presenta empobrit en general, especialment en l'àmbit del lèxic. Finalment, tant Garbarino (1986) com Gaudin (1993) assenyalen que el maltractament infantil promou un llenguatge deficitari.
- **Foneticofonològic.** En casos d'ambient desfavorit (Aguaded, 2000) i/o negligència familiar (González *et al.*, 2001), la parla es veu afectada mostrant una articulació i fonologia més pobres.
- **Morfosintàctic.** Sembla que és el component menys afectat tret que es produeixi un abandonament extrem.
- **Lexicosemàntic.** És el component més afectat. Tant en casos d'ambient desfavorit com en els de negligència i maltractament, s'han trobat vocabularis menys amplis, empobriment lèxic i dificultats per a abstroure i generalitzar conceptes, i també per a relacionar conceptes entre ells, és a

dir, dificultats en la semàntica (Aguaded, 2000; Garbarino, 1986; Gaudin, 1993; González *et al.*, 2001). Aquestes dificultats compliquen el desenvolupament del llenguatge, ja que ens trobem davant habilitats fonamentals per a la seva formació que estan a la base de la lectura i els aprenentatges escolars.

- **Pragmàtic.** Tough (1987) sosté que els infants pertanyents a famílies d'un major nivell econòmic tenen produccions més imaginatives i elaborades que els de classe social més humil. Aquestes produccions estan lligades a l'ús del llenguatge simbòlic i, per tant, a un millor maneig. Per contra, els infants de famílies més humils econòmicament usen un llenguatge més descriptiu i dirigit sobretot a remarcar les necessitats que poden tenir en el moment donat, no tant en el moment futur o simbòlic.

1.2. Avaluació

Quant a l'avaluació d'aquestes variables socials, hem d'assumir que conèixer-les i mesurar-les posteriorment pot ser difícil. En general, és necessari tenir en compte aquestes variables en l'entrevista clínica o anamnesi, en la qual podem preguntar per totes aquestes condicions, sia en la mateixa sessió o amb una fitxa escrita. Si es treballa amb infants, cal tenir en compte que no coneixeran sempre aquestes variables o estaran capacitats per a parlar-ne. Per tant, la col·laboració dels progenitors, tutors o cuidadors serà essencial per a poder avaluar en aquest sentit. Algunes de les variables socioeconòmiques i socioculturals més rellevants a valorar en l'entrevista es poden veure en la taula 2 (aquí les dividim per comoditat lectora).

Taula 2. Aspectes socials a avaluar en l'entrevista amb els pares o tutors

Aspectes econòmics	Aspectes culturals i educatius
Situació econòmica (nivell d'ingressos) familiar	Nivell d'estudis de la família, especialment de la mare
Habitatge	Categoria laboral dels progenitors
Barri (localitat)	Estil parental
Centre educatiu	Xarxa de suport social
Ajudes econòmiques i socials	Expectatives dels progenitors sobre l'aprenentatge de l'infant
Accés al tractament	Situació de maltractament o negligència familiar

A més de l'entrevista clínica, oberta a la família i que haurà de tenir evidentment una certa estructura per a recollir els indicadors assenyalats en la taula, hi ha alguns altres mètodes d'avaluació que poden ajudar-nos a valorar aquestes variables. El més evident és l'observació del context familiar i l'habitatge sempre que sigui possible. Per exemple, la prova HOME (Observació per a Mesurar l'Ambient de la Llar; Caldwell i Bradley, 1984) serveix per a fer una primera observació estructurada de moltes de les variables socioeconòmiques i socioculturals que hem comentat al llarg del mòdul. La HOME té diferents formes segons l'edat (sempre preescolar o escolar), que comprenen la valoració objectiva d'elements com la riquesa de l'estimulació lingüística donada a

l'infant, l'organització de l'habitatge, l'estil comunicatiu emprat pels pares, la vinculació afectiva o els materials d'aprenentatge disponibles. A més, també inclou el registre d'algunes dades de caràcter sociodemogràfic que ens poden servir d'utilitat, com el nivell d'estudis aconseguit pels progenitors, la seva categoria laboral o el seu rerefons cultural. Algunes proves estandarditzades de llenguatge, que evidentment seran sempre imprescindibles per a valorar el nivell de llenguatge, també aporten dades sobre les variables de caràcter social a les quals ens referim en aquest mòdul.

També hauríem d'avaluar el desenvolupament general de l'infant amb una prova cognitiva, com per exemple les escales d'intel·ligència Weschler per a infants (WISC; Wechsler, 2005) o les escales McCarthy d'aptituds i psicomotricitat per a infants (MSCA; McCarthy, 2011), o amb un inventari per a infants més petits, com el Battelle (Newborg, Stock, Wnek, 1996).

Per a avaluar el llenguatge, es pot usar qualsevol prova de cribratge o de llenguatge general, com per exemple la prova del llenguatge oral de Navarra (PLON; Aguinaga, Armentia López de Suso, Frare, Olangua, Uriz, 2005), la bateria del llenguatge objectiva i criterial - Screening (BLOC-Screening; Puyuelo Sanclemente, Renom Pinsach, Solanes Pérez, Wiig, 2002) o l'avaluació clínica dels fonaments del llenguatge CELF (actualment en la quarta edició en castellà, encara que està a punt d'editar-se la cinquena versió estandarditzada en castellà; Semel, Wigg, Secord, 2006).

1.3. Tractament

Quan les variables socials poden estar afectant el llenguatge o el seu desenvolupament, el logopeda ha d'analitzar exactament quins factors han intervingut (o ho estan fent) perquè això ocorri, sense perdre de vista que hi pot haver circumstàncies positives que s'haurien d'aprofitar. Això és aplicable també quan condicionants d'aquest tipus intervenen en un retard del llenguatge. Conèixer quines variables són les que compliquen el curs dels esdeveniments serà de vital importància, entronca amb la mateixa avaluació i haurà de ser la primera acció que prengui el terapeuta. En aquest sentit, el llistat de possibles variables a valorar aportat en la secció d'avaluació pot donar pistes de per on hauria de començar el terapeuta.

Generalment, assumim que aquestes variables seran difícils de canviar, ja que estan molt arrelades en l'entorn familiar i social de l'afectat. Per tant, una part de l'actuació tindrà en compte aquest ambient i no tant la repercussió sobre el mateix pacient de manera directa. En aquest sentit, serà essencial la col·laboració amb institucions com els Serveis Socials o figures professionals com el treballador social. Per descomptat, no hem de perdre de vista que serà necessari un tractament logopèdic més enfocat a l'àrea lingüística en cas que les deficiències de llenguatge revesteixin una gravetat severa o superior.

Assumint que la intervenció sobre l'entorn pot ser difícil i escapar fins a cert punt del control del terapeuta, l'actuació en la família serà clau, especialment sobre els progenitors o cuidadors. Normalment, aquesta actuació serà la més assumible pel terapeuta en l'àmbit social, donada la dificultat d'accés a altres àmbits, i ha d'anar dirigida especialment a canviar la qualitat de l'*input* lingüístic que dirigeixen a l'infant, i també a ensenyar les tècniques que puguin necessitar per a corregir les causes del problema que puguin provenir de l'entorn familiar. Respecte a això, Rondal (1988) ja assenyalava algunes pautes d'actuació en la família. Els elements bàsics a tractar, quan estiguin presents, seran la sobreprotecció familiar, la baixa estimulació lingüística i l'absència de retroalimentació (*feedback*), aclariments i reformulacions quan es donen enunciacions incorrectes. En cert sentit, es corresponen amb una estratègia molt bàsica: augmentar el temps de conversa i la qualitat del llenguatge que s'utilitza amb l'infant.

En primer lloc, un infant amb complicacions del llenguatge que està sobreprotegit pot fer agreujar aquest problema. Aguado (2014) defensa que en aquests casos es pot generar una mena de cercle viciós: l'infant presenta un menor nivell de llenguatge, per la qual cosa els pares utilitzen un llenguatge més senzill que no li sigui complicat; d'aquesta manera, l'infant perd l'oportunitat d'aconseguir un *input* lingüístic i unes situacions socials més complexes, per la qual cosa no augmentarà el nivell, i així successivament. En aquests casos, ensenyar els pares sobre com actua la sobreprotecció pot ser útil, i també ho pot ser donar-los les tècniques necessàries per a invertir aquesta tendència. En aquests casos poden ser útils eines com les proposades per Prieto, Esteve-Gibert, Igualada, Bosch, Pons, Solé, i Matthews (2015), que donen suggeriments als pares perquè parin esment i responguin als interessos dels infants i als seus gestos, que els mirin a la cara, que els cantin cançons, que n'imitin els gestos i vocalitzacions, que els parlin de manera variada i expressiva, que interpretin les seves produccions, que els exposin a diverses persones, activitats i contextos comunicatius, que hi interaccionin mitjançant contes, que hi parlin simplement aprofitant les rutines o generant noves situacions comunicatives, que incloguin l'aquí i ara però també el passat i el futur.

D'altra banda, sempre es poden proporcionar a les famílies algunes tècniques que afavoreixin l'augment de l'estimulació lingüística en aquells casos en què sigui deficient. Aquestes tècniques inclouen la retroalimentació correctiva (per ex.: Infant: *El nena*. Adult: *La nena. A veure com ho dius?* Infant: *La nena*), els aclariments i reformulacions quan hi ha errors (per ex.: Infant: *Un lala*. Adult: *Un plàtan*), l'extensió semàntica (per ex.: Infant: *Aquí*. Adult: *Sí, damunt la taula*) i la pràctica de la lectura conjunta. Quant a aquesta última, s'haurà d'aplicar en els casos en què es pugui i, si no es pot, el cuidador haurà d'involucrar-se en les activitats de lectura de l'infant o servir-li de model.

En concret, per a millorar les habilitats de comunicació i la retroalimentació que els pares i docents treballen amb els infants cal destacar els programes parentals i escolars del centre Hanen. El programa Hanen, originàriament de

Manolson (1992) i actualitzat per Pepper i Weitzman (2004), ensenya als pares estratègies específiques per a millorar la interacció amb els fills (per ex., observar-los, esperar i escoltar-los; col·locar-s'hi davant; seguir-los la iniciativa) deixant que siguin participants actius i responenent a les seves iniciatives de manera que els ajudin a millorar la comunicació (per ex., mantenir la durada de la intervenció amb comentaris i utilitzar rutines o guions) i finalment utilitzant el llenguatge (per ex., donar-los paraules, expandir-les, reformular les seves produccions i fent estimulació focalitzada), sempre en els contextos naturals o els jocs i durant la lectura de llibres.

El model d'intervenció precoç del Centre Hanen, *It Takes Two to Talk* («Parlant ens Entenem tots Dos»; Pepper i Weitzman, 2004), és per a pares d'infants amb dificultats de llenguatge de fins a cinc anys. A partir d'aquest model s'han desenvolupat molts programes per a docents, com *Learning Language and Loving it* («Aprendre i Estimar el Llenguatge»; Weitzman i Greenberg, 1992), o els programes enfocats a la lectura *ABC and Beyond* («ABC i més Enllà»), per a docents, i *I am Ready* («Estic preparat»; Greenberg i Weitzman, 2014), també per a pares. El Centre Hanen ofereix també directrius de tractament bàsiques en casos de variables socioculturals que puguin afectar l'adquisició i desenvolupament del llenguatge (Lowry, 2016):

- Augmentar l'ús de gestos i de llenguatge referencial en interactuar amb els infants.
- Utilitzar la lectura compartida.
- Animar les famílies a compartir les seves experiències i perspectives educatives.
- Pel que fa a l'avaluació, valorar les habilitats comunicatives en l'àmbit familiar i l'ús de gestos i llenguatge referència.

En aquest sentit, mai no podem perdre de vista que el logopeda no farà un treball aïllat sinó en col·laboració amb la família, però també en altres àmbits que puguin formar part de la xarxa de suport social de l'infant. Entre aquests àmbits, s'hauria d'incloure en la mesura del possible el suport de la resta de la família propera, la comunitat i, per descomptat, el centre escolar. La mateixa escola pot ser una font d'estratègies diverses orientades a treballar les competències parentals i la vinculació amb els infants en els casos en què aquestes siguin deficientes (per negligència familiar o abandonament).

En aquest punt cal remarcar també l'existència de diversos programes orientats a millorar les competències parentals i familiars (no dirigits específicament a les dificultats de llenguatge), especialment en els primers anys de vida. Com que són un dels elements clau per a evitar les situacions de negligència familiar, abandonament o, simplement, la baixa estimulació de l'infant, és indubtable

que poden ser d'ajuda sempre que la família hi tingui accés. Se'n poden trobar alguns exemples tant en el treball d'Orte, Ballester, Vives i Amer (2016) com en el de Riera-Jaume i Ferrer-Ribot (2003).

En un àmbit més individual, també podem intervenir sobre l'infant afectat. Si en aquests casos un dels problemes més grans és la falta d'estimulació o de contextos socials per a la pràctica, sembla evident pensar que el terapeuta pot encarregar-se d'entrenar aquestes habilitats socials i lingüístiques en l'infant. En aquest sentit, no s'ha de descurar l'entrenament de les habilitats verbals pròpiament dites ni tampoc d'altres com el contacte visual o el maneig de l'espai, que pertanyen a l'esfera no verbal. Aquesta intervenció no deixa de ser similar a la que necessiten els infants amb altres dificultats com el trastorn específic del llenguatge (TEL, també denominat trastorn del desenvolupament del llenguatge o TDL), encara que el resultat de la intervenció directa sol ser millor per als problemes socials que per als infants amb TEL.

2. Trastorn de la comunicació per ansietat infantil: el mutisme selectiu

Els problemes d'ansietat i emocionals dels infants sol ser freqüent que es manifestin en la inhibició de la conducta de comunicació i/o de llenguatge (Aguilar-Alonso i Aguilar-Mediavilla, 2004). Per tant, el mutisme selectiu és el trastorn més típic associat als problemes socioemocionals dels infants.

2.1. Definició, classificació i característiques

El mutisme selectiu és un desordre psiquiàtric de la infància que presenta, com a característica més rellevant, la inhibició selectiva de la parla en determinades situacions o contextos en què s'espera que el subjecte parli. La conducta comporta des d'un descens de la parla fins a una anul·lació completa en situacions socials concretes i davant persones desconegudes o externes a l'àmbit familiar, la qual cosa limita la interacció social (APA, 2013; Hamdi, Koçak, Senol, Çobanoğlu, 2016). El *DSM-5* assigna el mutisme selectiu a un desordre d'ansietat (Gensthaler, Khalaf, Ligges, Kaess, Freitag, Schwenck, 2016).

Aquest trastorn pot aparèixer a l'inici del curs escolar, més concretament cap a dos i cinc anys, i s'hi pot relacionar i es pot mantenir al llarg del temps. La incidència tendeix a decreïxer amb l'edat, i té un bon pronòstic entre població adulta jove; no obstant això, hi ha un nombre significatiu de casos que són resistents a la intervenció i tractament (Facon, Sahiri, Rivière, 2008). Els infants amb mutisme solen tenir unes habilitats lingüístiques normals, encara que veurem que hi ha comorbiditat del mutisme selectiu amb els retards i trastorns de la parla i del llenguatge.

Etiologia del mutisme

Les causes es poden trobar en característiques personals com l'ansietat, el temperament inhibid, la conducta retreta, la tossuderia i alguns trets obsessius. D'altra banda, també hi ha factors de tipus contextual, com sobreprotecció parental, maltractament físic o emocional abans de tres anys, un context familiar aïllat o disfuncional i una situació d'immigració amb dificultats per a integrar-se per desconeixement de l'idioma. Determinats autors consideren que l'expectativa negativa davant un succés pot incrementar el sentiment de por i contribuir a evitar la parla, «no parlar per a evitar alguna cosa que es tem», i alhora buscar reforços positius, com el centre d'atenció, i un tracte especial dels adults (Aguilar-Alonso i Aguilar-Mediavilla, 2004; Balbuena i López, 2012).

Epidemiologia: prevalences, incidències

La prevalença de mutisme és de 0,7% a 2% en infants d'educació infantil i primari, encara que aquesta ocurrència pot dependre tant de l'edat dels subjectes de les mostres com de la delimitació i operacionalització del problema, a més del tipus de mutisme (Olivares, Rosa i Piqueras, 2005). Quant al sexe, no hi ha dades concloents, encara que certs estudis indiquen que és menys freqüent en nens que en nenes, amb una ràtio d'1:1,5 a 1:2,6 (Hamdi *et al.*, 2016).

El perfil prototípic del pacient amb mutisme selectiu és «sexe femení, amb intel·ligència normal, símptomes de dificultats en les relacions i fòbia social» (Molina, Tomás, Baeza i Sarlé, 1999).

Quadre clínic del mutisme: signes, símptomes d'afectació en el desenvolupament del llenguatge

Amb relació al quadre clínic, observem dos símptomes predominants: l'ansietat i la fòbia social manifesta (Fernández i Sugay, 2016). També s'aprecien desordres en la comunicació associats a dèficits en el llenguatge, trastorns del llenguatge i de la parla. De manera no menys important, s'observa una conducta d'inhibició, retraïment, negativisme, tossuderia, problemes d'enuresi i alguns trets obsessius i manipuladors, particularment en el context de la llar (Gensthaler *et al.*, 2016; Olivares *et al.*, 2005).

Coocurrència amb altres patologies o problemàtiques i diagnòstic diferencial

El mutisme selectiu sol presentar-se conjuntament amb altres afectacions o derivar-hi, algunes de les quals estan recollides en el *DSM-5*. Són les següents:

- Retards i trastorns de la parla i del llenguatge: Hi ha major prevalença de retards i trastorns del llenguatge en infants amb mutisme selectiu, sia com a mecanisme per a evitar parlar o com a conseqüència de no parlar suficientment.
- Trastorns per ansietat excessiva: Una ansietat social en el diàleg amb els altres pot ocasionar una deterioració del rendiment comunicatiu social. Aquests pacients complirien criteris clínics de fòbia social. El trastorn per mutisme porta a moltes conductes d'evitació (Sangorrín, 2005).
- Depressió, disfèmia i esquizofrènia: Són altres trastorns que tenen conductes similars però que descartarien un mutisme selectiu.

Alguns infants amb trastorns de l'espectre autista (TEA) presenten mutisme. No obstant això, aquest mutisme no és compatible amb un diagnòstic de mutisme selectiu, ja que en la causa hi ha implicades altres variables comunicatives que també poden ser-ne l'origen. El TEA inclou un desenvolupament de-

ficient del llenguatge, que inclou mutisme, entonació rara o inadequada i, en definitiva, un tipus de llenguatge on la funció del qual no és la comunicació interpersonal (consulteu el mòdul 7 per a obtenir més informació).

2.2. Avaluació del mutisme selectiu

És important diferenciar el mutisme d'altres trastorns en què s'observa dificultat en la comunicació social o incapacitat per a parlar adequadament en situacions socials. Més concretament, el *DSM-5* (APA, 2013) requereix que es compleixin els requisits següents per a diagnosticar aquest trastorn:

- a) Una persistent negació a parlar en determinades situacions socials.
- b) Una pèrdua del llenguatge, que interfereix en la vida quotidiana.
- c) Un període de silenci d'almenys un mes sense que es correspongui amb el primer mes de l'inici del curs escolar.
- d) Una negació a parlar no deguda a una falta de coneixement del llenguatge en aquestes situacions.
- e) Una alteració no ocasionada per un trastorn de la fluïdesa (quequesa) ni a un trastorn de l'espectre de l'autista, esquizofrènia o un altre trastorn psicòtic.

L'avaluació requereix entrevistes amb els pares, professorat i personal auxiliar del centre escolar per a conèixer quins reforços són dispensats a l'infant davant les seves conductes. L'avaluació requereix analitzar en quin moment es dona, amb qui interacciona l'infant, quin tipus d'activitat fa; així, doncs, els registres d'observació de la conducta de l'infant en diferents contextos permetran concretar el diagnòstic en les àrees de socialització, regulació emocional i competència escolar (Balbuena i López, 2012).

De la mateixa manera, podem utilitzar instruments com el «Qüestionari exploratori de la por desproporcionada a parlar», una anàlisi funcional de la situació i models de registres audiovisuals de les respostes de fugida o evitació davant la presència d'estranyes i/o situacions desconegudes. També es poden utilitzar sociogrames que concretin el perfil sociomètric de l'alumne i el registre de les seves habilitats socials dins del grup classe.

Els qüestionaris estandarditzats utilitzats més àmpliament van ser desenvolupats per Bergman (Bergman, González, Piantetini, Keller, 2013). Hi ha una versió per a pares (el qüestionari del mutisme selectiu; Bergman, Keller, Piantetini, Bergman, 2008) i una versió per als educadors (el qüestionari de parla a l'escola; Bergman, Piantetini, McCracken, 2002).

2.3. Tractament i prevenció del mutisme selectiu

El tractament d'elecció consisteix en un paquet combinat de tècniques i procediments. La intervenció recau sobre els contextos familiar, escolar i individual des de diferents perspectives que permeten decreïxer l'ansietat i afavorir la parla. El terme *vocalization ladder* ha estat utilitzat com a metàfora per a explicar la intervenció necessària que requereix el mutisme, una intervenció en cadena amb aproximacions successives a l'objectiu final (McHolm, Cunningham, Vanier, 2005; Oon, 2010), com per exemple:

- Reduir l'ansietat de l'alumne a l'hora de parlar en públic exposant-lo de manera gradual a situacions socials quotidianes de major a menor familiaritat, respectant els seus silencis, donant-li temps, sense fer-li preguntes excessives, creant un ambient acollidor, asseient-se a l'altura de l'infant i deixant-li escollir el tema de joc o conversa d'acord amb els seus interessos.
- Ampliar les habilitats comunicatives i socials de l'alumne mitjançant el modelatge perquè s'expressi oralment en el context escolar amb persones i situacions, evitant el rebuig entre iguals (García-Bacete, 2014). En aquest cas, podem utilitzar persones de la seva confiança, com els pares, la conducta dels quals és generalment normal, i anar generalitzant les habilitats amb amics i professors. En aquest procés es reforcen precoçment les respostes no verbals, posteriorment els sons i finalment una paraula.
- Treballar la respiració i la relaxació amb diverses estratègies, entre les quals hi ha la tècnica de la tortuga ideada per Scheider i Robin (Gil i Miranda, 2000), l'objectiu de la qual és reduir l'activació neurovegetativa i muscular. La tècnica usa l'analogia d'una tortuga que es replega dins de la closca quan se sent amenaçada davant determinats estímuls ambientals. Així mateix, aprendre i interioritzar autoinstruccions d'afrontament positives i que no comportin temor permet millorar el mutisme i la conducta social en situacions d'estrès.

Amb una intervenció psicodinàmica es promouen teràpies de l'art i el joc simbòlic que permeten a l'infant amb mutisme comunicar les seves emocions i conflictes inconscients mitjançant l'expressió gràfica o el joc. En població infantil, la teràpia des del joc simbòlic permet treballar l'ansietat, afrontar les pors, millorar l'expressió d'emocions i comunicar quines situacions són desagradables o perilloses. El joc permet que l'infant se senti segur tenint el control de la trama i la història (Fernández i Sugay, 2016; Hung, Spencer i Dronamraju, 2012).

3. Variables socials i afectives que modulen la disfèmia

Malgrat que la disfèmia no té en general una causa emocional, tal com es creia segons les teories psicoanalítiques, el comportament disfèmic augmenta en situacions d'estrès i ansietat. A més, encara que el component emocional no sigui la causa, hi ha una major prevalença d'algunes característiques socioemocionals i de personalitat en població infantil amb disfèmia que es poden considerar, o bé factors que predisposen o bé conseqüències d'aquesta, però que en tot cas hi estan associades, com per exemple l'alta reactivitat emocional i la falta de regulació emocional (Jones, Choi, Conture i Walden, 2014; Ntourou, Conture i Walden, 2013). Finalment, hi ha una petita part de disfèmies causades per estats de tensió perllongats o per un episodi estressant (Sangorrín, 2005). És per aquestes raons que aquesta dificultat es descriu en aquest apartat.

3.1. Definició, classificació i característiques

La disfèmia s'utilitza per a referir-se a un trastorn de fluïdesa i estructuració temporal de la parla que és inadequat per a l'edat del subjecte (APA, 2013). Aquest trastorn presenta la falta de fluïdesa en la parla com a principal criteri taxonòmic. D'aquesta manera, la quequesa pot ser **tònica**, en la qual els espasmes musculars es produeixen a l'inici del discurs generant un bloqueig intens, després del qual l'expressió no presenta cap dificultat; **clònica**, amb petits espasmes que provoquen l'emissió repetida d'un o diversos fonemes, i també de monosíl·labs, al començament de la comunicació, i **mixta**, en la qual la forma aïllada de quequesa severa no es presenta com a entitat excloent, sinó que inclou manifestacions de les dues tipologies descrites.

A més, en la disfèmia el subjecte sap el que vol dir i com es diu, però hi ha un augment de la tensió muscular i conductes d'esforç per a parlar quan adverteix la dificultat. Per tant, el fet de fer-se conscient de la dificultat fa que les conductes de bloqueig augmentin en comptes de disminuir. El trastorn es cronifica quan persisteix més de dos anys a partir de l'inici i es complica amb altres símptomes (**logofòbia**, conductes d'evitació, sentiments i actituds negatius davant la comunicació), de manera que pertorba moltes vegades els rendiments escolar, social i laboral en l'etapa adulta.

Etiologia de la disfèmia

Les causes que expliquen el trastorn disfèmic i la seva persistència són diverses i inclouen factors de la parla, lingüístics, psicològics, cerebrals i temperamentals (Erdermir, Walden, Je, Choi i Jones, 2018).

La quequesa es dona majoritàriament en certes famílies, encara que no se sap fins a quin punt això és determinant de la gravetat del trastorn ni de la possible cronificació. S'han identificat alteracions en els gens 13 i 18 entre mostres de persones amb disfèmia. Per tant, aquest trastorn té un component hereditari molt elevat que s'ha relacionat amb una desregularització del còrtex cingulat anterior i de l'àrea motora suplementària (Alm, 2011), i per tant amb un dèficit en el processament del llenguatge.

Segons teories neuropsicolingüístiques, l'observació clínica indica que un grup important d'infants amb disfèmia presenten de manera sistemàtica determinades variables temperamentals com a factor de risc o contribuent al desenvolupament del trastorn (Erdemir *et al.*, 2018; Jones, *et al.*, 2014) (perfeccionisme, ansietat, susceptibilitat emocional i/o falta de regulació emocional, encara que és una característica comuna la gran variabilitat d'aquest trastorn entre els pacients i en un mateix pacient en diversos moments i circumstàncies.

Altres factors de risc de la disfèmia sembla que són el naixement prematur i l'abús d'alcohol dels pares (Ajdacic-Gross *et al.*, 2010).

Epidemiologia de la disfèmia: prevalença i incidència

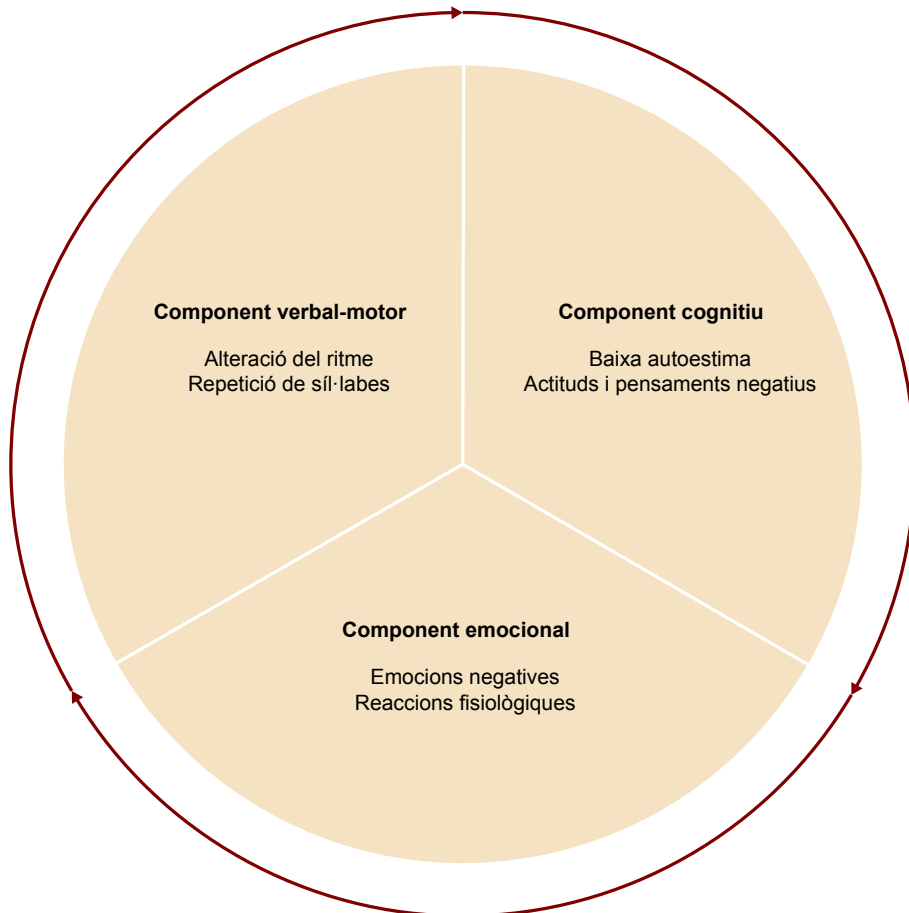
La prevalença de disfèmia en els infants en edat infantil és del 5%, amb una proporció de 3 nens per cada 2 nenes. Aquesta freqüència augmenta amb l'edat en la segona infància (3:1) i encara més en l'adolescència (4:1) i l'etapa adulta (5:1), la qual cosa implica que la quequesa crònica, o bé afecta en major grau els homes o bé les dones tenen més facilitat per a superar la fluïdesa de la parla, de manera que el pronòstic d'elles és molt més positiu (Campos i Campos, 2013; Peña, 2002). El 75-85% dels infants aproximadament la resoldran abans dels set anys i alguns individus se'n recuperen espontàniament, en general abans de setze anys. No obstant això, el 15-25% continuarà amb el trastorn en l'etapa adulta, la qual cosa tindrà un impacte negatiu en la seva vida laboral i personal i en el seu benestar emocional (APA, 2013).

L'inici del trastorn es produeix entre els dos i els set anys, encara que a l'escola infantil es calcula que el 5% dels infants experimenta un període de disfluència transitòria durant alguns mesos, la qual no es pot considerar un trastorn.

Quadre clínic de la disfèmia: signes, símptomes d'afectació en el desenvolupament del llenguatge

Amb relació al quadre clínic (vegeu la figura 2), observem els símptomes següents, que contribueixen a una menor o major afecció i malestar emocional i dificulten el desenvolupament del llenguatge (APA, 2013; Garaigordobil i Pérez, 2007):

Figura 2. Resum del quadre clínic de la disfèmia



- **Component verbal-motor:** alteracions en el ritme i fluïdesa de la parla, l'accentuació i entonació (prosòdia), sobreactivació motora dels òrgans de la parla i d'altres parts del cos que distorsionen la seqüència gestual que acompanya la parla (successió d'espasmes musculars en l'àmbit de les regions fonatòries); repetició de les síl·labes, especialment en paraules monosíl·labes (*la-la, jo-jo*), acompanyades d'una prolongació en el so, paraules fragmentades i bloquejos (audibles i/o silenciosos), circumloquis (substitució de paraules problemàtiques).
- **Component emocional:** emocions negatives específiques (ansietat, vergonya, sentiment d'inferioritat) i reaccions psicofisiològiques intenses (tensió muscular sobretot en zones fonoarticulatòries, taxa cardíaca elevada, taxa respiratòria baixa i descoordinada).
- **Component cognitiu:** disminució de l'autoestima, actituds i pensaments negatius davant la quequesa, la parla i la comunicació en general.

Coocurrència amb altres patologies o problemes

L'afectació emocional pot coocórrer amb altres trastorns psiquiàtrics i retards del llenguatge o ocasionar-los, alguns dels quals, recollits en el *DSM-5*, són els següents:

- **Retards i trastorns de la parla i del llenguatge.** Hi ha una major prevalença de retards i trastorns del llenguatge en infants amb disfèmia, sia com a conseqüència de reduir la parla per a evitar els bloquejos o simplement per un factor hereditari comú en ambdues dificultats. D'altra banda, els infants amb retard i trastorn del llenguatge tenen disfluències degudes a la falta d'accés al lèxic o a dificultats per a construir el missatge lingüístic. En aquest últim cas no es pot considerar que es tractin d'una disfèmia sinó solament d'una conducta disfluent.
- **Quequesa psicògena.** S'inicia en una etapa adulta sense causa neurològica i amb escassa repercussió emocional. És un trastorn poc freqüent. La causa sol ser un episodi estressant.
- **Trastorns per ansietat excessiva.** Una ansietat social en el diàleg amb els altres pot ocasionar deterioració del rendiment comunicatiu social. Aquests pacients complirien criteris clínics de fòbia social o quequesa encoberta. Aquest trastorn ens porta a moltes conductes d'evitació (Sangorrín, 2005).
- **Trastorn de conducta.** Hi ha una major prevalença de quequesa en infants amb trastorn per dèficit d'atenció amb hiperactivitat (TDAH) (Ajdacic-Gross *et al.*, 2010).
- **Altres trastorns associats amb conductes disfluents,** com depressió, trastorns de tics o síndrome de la Tourette, i trastorns de l'espectre autista, no es poden considerar disfèmies (APA, 2013).

3.2. Avaluació de la disfèmia

L'avaluació clínica de la disfèmia requereix concretar diferents factors que estan en relació amb el desenvolupament psíquic i del llenguatge de l'infant, l'inici i l'evolució de la disfluència, la freqüència i el tipus de disfluència. En concret, Sangorrín (2004) assenyalava la necessitat d'avaluar la conducta verbal i la seva gravetat (freqüència, tipus i durada), les conductes motores associades (esforç, i tensió) i les conductes d'evitació (component emocional).

L'avaluació de la conducta verbal es pot fer mitjançant registres fonològics (Bosch, 2004; Aguilar-Mediavilla i Serra-Raventós, 2003, 2004) i l'examen fonarticulatori. Els enregistraments en vídeo i les transcripcions i anàlisis ens permeten conèixer les disfluències, els bloquejos a l'inici de l'emissió i a vegades els moviments associats.

També serà necessari conèixer símptomes somàtics en relació amb diferents situacions d'estrès, si hi ha poca habilitat social i inhibició social, un temperament sensible (dificultat d'adaptació als canvis), preocupació i ansietat alta pel tractament en els pares, i també antecedents de quequesa en la família, els quals s'hauran de recollir amb registres d'observació o entrevistes amb pares i professors (Fernández-Zuñiga, De León, Gamba, 2011).

3.3. Tractament i prevenció de la disfèmia

El tractament d'elecció per a infants amb disfèmia es concreta tenint en compte tant els aspectes de la interacció comunicativa com les limitacions de la conducta motora i verbal. Els tractaments que inclouen el principi de resposta contingent són els procediments de tractament més potents per als infants petits que quequegen. En canvi, els tractaments més potents per a adults, tant pel que fa als resultats de la parla com als resultats socials, emocionals o cognitius, sembla que combinen variants de parla perllongada, autogestió, contingències de resposta i altres variables d'infraestructura (Bothe, Davidow, Bramlett, Ingham, 2006a). Seria Bothe, Davidow, Bramlett, Franic, i Ingham (2006b) assenyalen que cap tractament farmacològic no ha estat eficaç per a millorar la conducta disfluent en més del 5% dels afectats ni per a millorar les variables socials, emocionals o cognitives rellevants.

La intervenció precoç té com a objectius delimitar la disfluència, avaluar el risc de complicació i cronificació, assessorar els pares en funció dels factors de risc i establir pautes de conducta que permetin optimitzar les condicions per a un parla més fluida (donar-li temps per a parlar, no avançar-se a la producció de la persona, estar relaxats en parlar amb el subjecte amb mutisme). En funció de l'avaluació prèvia, s'estableix el paquet combinat de procediments i pautes següents:

- Ensenyament de la mecànica de la parla: Parlar amb entonació i amb menys esforç, i afavorir una gesticulació harmònica que acompanyi la parla, entre altres tècniques. Hi ha programes d'entrenament estructurat per a edats inicials (Meyers, 1989; Onslow, 1992) que s'apliquen en els casos de major gravetat.
- Observació de la conducta en parlar: observar i definir el que succeeix en quequejar i no quedar-se amb la impressió emocional desagradable.
- Tècniques de fluïdesa: posar en pràctica l'autoobservació de la parla per afavorir els mecanismes de la fluïdesa espontània; no defugir les situacions verbals i parlar sempre que sigui necessari.
- Tècniques de relaxació muscular i control vocal: anar eliminant els moviments improductius i que no són necessaris per a tenir un llenguatge fluid; reduir l'ansietat relacionada amb la parla.

- Entrenament en habilitats socials: millorar les habilitats d'expressió i comunicació assertiva tant en el discurs verbal com en el no verbal (fer frases autoafirmatives, mantenir la mirada a l'interlocutor, reforçar el missatge verbal amb el no verbal, etc.).
- Modificació de l'entorn del pacient per a eliminar els condicionants que agreugen o mantenen la quequesa.

Una intervenció precoç pot prevenir el desenvolupament de la quequesa i millorar-la a llarg termini. El marc terapèutic inclou elements pedagògics (aprendre nous patrons de conducta verbal) i psicoterapèutics (modificar els factors emocionals).

Altres tècniques i procediments terapèutics de major aplicació i eficàcia són: usar el gest amb acompanyament de la parla (desinhibir l'actitud estàtica i tibatada en parlar), utilitzar la tècnica de la bufada (deixar sortir l'aire abans d'iniciar l'emissió vocal) i parlar en ombra (el pacient reproduïx gairebé simultàniament el que el terapeuta diu oferint un model d'expressió fluida; Peña, 2002).

4. Variables socials i emocionals de la disfonia: disfonia psicògena

Entre les disfonies, n'hi ha un conjunt que no tenen una causa biològica sinó funcional. Les disfonies funcionals són les més freqüents i a la seva base hi sol haver trastorns emocionals i factors afavoridors (soroll ambiental, al·lèrgia, reflux, mala tècnica vocal) que porten a un sobreesforç vocal, sobreesforç que provoca danys a les cordes vocals (Bonet, 2014). Per tant, en gairebé totes les disfonies funcionals hi ha un factor emocional i/o de personalitat implicat, però en funció del factor que predomina se solen classificar en disfonies hipocinètiques, hipercinètiques, espàstiques, endocrinològiques i psicògenes (Bonet, 2014). Ens centrarem en les psicògenes, ja que són les que tenen un factor emocional implicat en major grau, encara que aquesta descripció es pot aplicar també a pràcticament totes les disfonies funcionals.

4.1. Definició, classificació i característiques

La disfonia psicògena és un trastorn de comportament vocal que inclou una alteració del timbre o una pèrdua total de la veu (afonia) i que no presenta lesió de cap estructura neurològica o malaltia que pugui explicar-los, per la qual cosa és explicat majoritàriament per factors d'índole emocional.

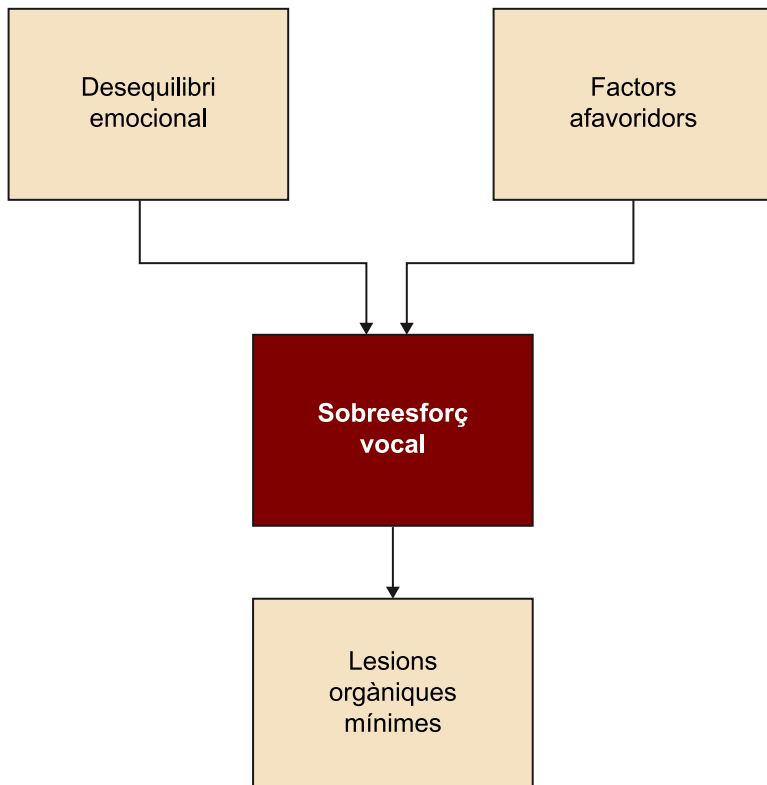
La interpretació del mecanisme patogen és controvertida i en alguns casos el diagnòstic és difícil. D'una banda, és necessari excloure algunes patologies que podrien presentar una simptomatologia d'alteració igual de la veu, com malalties infeccioses, paràlisi de les cordes vocals, disfonia espasmòdica, tumors i malalties neuromusculars. D'altra banda, cal conèixer si el trastorn de la veu és ocasionat per un conflicte emocional, malgrat que moltes vegades és difícil per al pacient prendre'n consciència i explicar les variables d'índole emocional que poden desencadenar o alterar el trastorn.

En aquest trastorn podem trobar un o més paràmetres alterats en relació amb el control respiratori de la veu, la intensitat vocal, l'articulació, la velocitat o l'entonació de la parla.

Les disfonies funcionals en general, no solament la psicògena, són conseqüència de factors desencadenants i altres factors afavoridors (d'índole orgànica i/o psicològica) que incideixen sobre l'aparell fonador desequilibrant-lo (vegeu la figura 3). Entre els factors desencadenants podem trobar les patologies otorinolaringològiques (laringitis aguda, traumatismes, al·lèrgies) i els desequilibris emocionals i/o característiques psicològiques personals (Herrero i Velasco, 1988). Entre els factors afavoridors hi hauria infeccions rinofaríngees o pulmonars, tècniques vocals defectuoses, el consum d'alcohol i tabac, la deshidratació, la hipoacúsia no corregida, ambients sorollosos o contaminants (Tortaja-

da i Tornero, 2009). Aquests factors produiran un sobreèsforç vocal que a la llarga provocarà les lesions orgàniques mínimes o degudes a l'ús disfuncional (per ex., els nòduls).

Figura 3



Font: Adaptat de la teoria multifactorial de la disfonia de Bonet (2014)

Les dades existents indiquen una relació estreta entre les característiques psicològiques i certes modificacions en les qualitats de la veu. Així, doncs, la personalitat intervindria com a desencadenant i/o element afavoridor de l'alteració de la veu. Entre les característiques psicològiques destaca el trastorn en persones amb el caràcter perfeccionista, temperament nerviós, conducta impulsiva, ansietat, depressió, conflictes interpersonals professionals i personals, i possibles desordres de personalitat (García, Mendes, Ferreira, Branco i Bueno, 2014)

Epidemiologia de la disfonia: prevalença i incidència

Es calcula que el 6-9% dels infants pateixen disfonies entre 6 i 10 anys, les quals tenen una major representació en el sexe masculí (3 nens per cada nena). Malgrat això, aquest trastorn és poc freqüent en la població infantil, i quan ocorre està relacionat generalment amb traumes d'abús sexual o mort d'algun familiar. En població adulta, la prevalença és major en dones que en homes (26 dones per cada 2 homes) (Bustos, 2000; García *et al.*, 2014). La prevalença d'aquest trastorn en el sexe femení pot ser explicada per les diferències anatòmiques de la laringe entre l'un i l'altre sexe, ja que la laringe de les dones és més petita, té una freqüència de vibració més alta i per tant està subjecta a un

major traumatisme vocal (Castejón, 2014; Cohen, Kim, Rpy, Asche i Courey, 2012). En la població adulta, l'edat predominant d'ocurrència d'aquest trastorn és entre 30 i 50 anys.

Coocurrència amb altres patologies o problemes

Tal com hem comentat, cal descartar malformacions congènites, processos inflamatoris (laringitis aguda o crònica), paràlisis laríngies, tumors laríngis, malalties neurològiques (Parkinson, disfonia espasmòdica, etc.) i disfonia associada al reflux, que també presenten disfonia. La malaltia que es manifesta amb feblesa generalitzada sol aparèixer també juntament amb una veu disfònica.

La disfonia psicògena pot aparèixer juntament amb altres trastorns com l'estrès posttraumàtic (que en alguns casos produeix un «trac vocal» o pèrdua completa i abrupta de la parla) o l'estrès en general (Castejón, 2014).

4.2. Avaluació de la disfonia

L'avaluació precoç requereix concretar l'edat, l'ús de la veu, els antecedents patològics psiquiàtrics, neurològics i digestius (reflux gastroesofàgic), l'hipotiroïdisme, i un traumatisme i cirurgia cervical toràcica. També cal conèixer-ne l'aparició, durada i factors d'empitjorament o milloria, com també la presència de símptomes acompanyants de l'àrea otorrinolaringològica (disfàgia, otàlgia, parestèsies i/o odinofàgia) o pulmonar (tos, expectoració i/o hemoptisi).

L'exploració clínica haurà de descartar problemes orgànics i per això serà necessària la de la faringe, la palpació del coll, l'exploració neurològica, la radiologia de tòrax i l'examen otorrinolaringològic (laringoscòpia, proves d'imatge), per a concretar així les causes del trastorn i definir la intervenció. Si no té diagnòstic, el logopeda haurà de fer un abordatge exploratori coneixent la incapacitat momentània de certs aspectes de la producció vocal, independent de la naturalesa de la disfonia.

L'avaluació psicològica requereix identificar i modificar les pertorbacions psicossocials i emocionals associades amb l'inici i manteniment del problema. Conèixer la història emocional associada a la disfonia permet comprendre el comportament social i verbal, i la seva influència en la veu.

4.3. Tractament i prevenció de la disfonia

El tractament logopèdic de les disfonies (en altres paraules, teràpia de veu) permet involucrar processos de diversa naturalesa per a desenvolupar així una millor comunicació oral reduint l'esforç fonatori i adequant les qualitats vocals a les necessitats personals, socials i professionals de l'individu. En alguns

casos es pot requerir un tractament otorrinolaringològic. La teràpia elaborada individualment està basada en regles genèriques de producció vocal saludable, que requereix un protocol de reeducació (Peña, 2002):

- **Higiene vocal:** Entre les accions preventives, interessa la higiene vocal (no fumar, no cridar, no consumir begudes fredes, evitar parlar en ambients sorollosos, hidratar-se, etc.) i valorar la consciència d'instaurar un estil de vida d'acord amb l'ús professional de la veu.
- **Actitud postural i relaxació:** Comporta un equilibri muscular que permeti executar el moviment de manera més lliure. L'equilibri s'aconsegueix a partir de l'acció coordinada de grups musculars i l'autoregulació de la sobrecàrrega en un grup de músculs de l'esquema corporal.
- **Respiració:** La reeducació respiratòria es basarà a instaurar una respiració que permeti controlar muscularment el buf i una coordinació fonorespiratòria correcta.
- **Articulació i veu:** L'exercitació de l'articulació ha d'eliminar els vicis funcionals (elevació de la barbata, retracció lingual, etc.) i facilitar el punt d'articulació correcta, les diferències d'obertura de la boca, la tensió labial i la posició lingual per a cada vocal. També serà important millorar els paràmetres acústics: to, timbre, intensitat, extensió, melodia, entonació i emissió.

El logopeda promourà la identificació i el control de diferents aspectes del funcionament vocal en contextos naturals, on la persona ha d'autoregular-se vocalment controlant la sobrecàrrega (Castejón, 2014), millorant la formulació de la morfosintàctica del discurs i reduint la velocitat de la parla o la intensitat vocal.

L'entrenament en habilitats socials, la psicoteràpia i/o l'expressió emocional, combinats amb els exercicis vocals, sol ser el tipus de tractament més efectiu a llarg termini a pesar que sovint és poc acceptat pels pacients. La reeducació vocal com a únic tractament no sol tenir resultats satisfactoris (Anderson i Schalén, 1998; Reiter, Rommel, Brosch, 2013).

L'objectiu principal de la teràpia és obtenir una conducta vocal normal i conscienciar de la connexió existent entre la disfunció vocal i els factors socioemocionals pertorbadors relacionats amb la disfunció (falta d'habilitats socials i emocionals).

5. Conclusions

En aquest mòdul hem explorat l'impacte que tenen les variables socials, a més de les emocionals, sobre l'adquisició i desenvolupament del llenguatge. Aquest impacte pot arribar a l'extrem de ser particip en l'aparició de trastorns de la veu, la parla i el llenguatge si no es fa una detecció precoç dels factors afavoridors i desencadenants d'aquestes dificultats relacionades amb la parla i la comunicació. Aquesta detecció precoç comportarà un avantatge notori en el tractament.

D'una banda, les variables de caràcter socioeconòmic i sociocultural, que inclouen un gran espectre d'elements ja llistats en el mòdul, afecten sobretot perquè poden generar falta d'estimulació lingüística precoç o l'absència directa. Això pot desembocar sens dubte en una adquisició retardada i un desenvolupament inadequat del llenguatge, que es podrà millorar afavorint estratègies enfocades generalment a augmentar la comunicació i l'*input* lingüístic.

D'altra banda, el mutisme selectiu, la disfèmia i la disfonia funcional impliquen desequilibris emocionals que la persona pot patir sobretot en la infantesa i que causen, afavoreixen o agreugen la dificultat en l'adquisició i desenvolupament del llenguatge. No oblidem que el llenguatge és l'eina bàsica d'expressió i ens permet parlar sobre les emocions i entendre les dels altres. En aquests casos, cal diagnosticar i intervenir en la mateixa infància al més aviat possible, rebutjant plantejaments que confien que el desenvolupament maduratiu per si sol donarà alguna resolució positiva.

6. Bibliografia

Aguaded, M. C. (2000). La participación de la familia en el desarrollo del lenguaje y en el aprendizaje escolar. *Revista de Educación*, 2, 313-318.

Aguado, G. (1997). Dimensiones perceptiva, social, funcional y comunicativa del desarrollo. A J. Narbona i C. Chevie-Muller (eds.). *El lenguaje del niño: Desarrollo normal, evaluación y trastornos*. Barcelona, Espanya: Masson.

Aguado, G. (2014). Retardo del lenguaje. A J. Peña-Casanova (ed.). *Manual de Logopedia*. Barcelona, Espanya: Elsevier Masson.

Aguilar-Alonso, Á., i Aguilar-Mediavilla, E. (2004). *La persona con trastornos del lenguaje, del habla y de la voz*. Barcelona: PPU Publicacions Universitàries.

Aguilar-Mediavilla, E., i Serra-Raventós, M. (2003). *AREHA: Análisis del retraso del Habla*. Barcelona: Edicions Universitat de Barcelona.

Aguilar-Mediavilla, E., i Serra-Raventós, M. (2004). *AREPA: Análisi del retard de parla*. Edicions i Publicacions de la Universitat de Barcelona.

Aguinaga, G., Armentia López de Suso, L., Fraile, A., Olangua, P., i Uriz, N. (2005). *Prueba del lenguaje oral de Navarra - Revisada (PLON-R)*. Madrid: TEA.

Ajdacic-Gross, V., Vetter, S., Müller, M., Kawohl, W., Frey, F., Lupi, G., ... i Rössler, W. (2010). Risk factors for stuttering: A secondary analysis of a large data base. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 260(4), 279-286.

Alm, P. A. (2011). Cluttering: A neurological perspective. A D. Ward i K. Scaller Scott (Eds.). *Cluttering: Research, intervention and education* (pàg. 3-28). East Sussex, Regne Unit: Psychology Press.

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders - Fifth edition (DSM-5)*. Washington, DC: APA.

Anderson, K i Schalén, L. (1998). Etiology and treatment of psychogenic voice disorder: Results of a follow-up study of thirty patients, *Journal of Voice*, 12, 96-106.

Arruabarrena, M. I., de Paúl, J., i Torrès, B. (1996). *El maltrato infantil: detección, notificación, investigación y evaluación. Programa para la mejora del sistema de atención social a la infancia (SASI)*. Madrid, Espanya: Ministerio de Asuntos Sociales.

Balbuena, S., i López, P. (2012). Estudio de un caso de mutismo selectivo: evaluación e intervención en el contexto escolar. *Análisis y Modificación de Conducta*, 38, 71-88.

Bergman, R., Piacentini, J., i McCracken, J. (2002). Prevalence and description of selective mutism in a school-based sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41, 938-946.

Bergman, R. L., González, A., Piacentini, J., i Keller, M. L. (2013). Integrated Behavior Therapy for Selective Mutism: a randomized controlled pilot study. *Behavior Research Therapy*, 51(10), 680-689.

Bergman, R. L., Keller, M. L., Piacentini, J., i Bergman, A. J. (2008). The development and psychometric properties of the selective mutism questionnaire. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 37(2), 456-464.

Bishop, D. V. M., Snowling, M. J., Thompson, P. A., Greenhalgh, T., i CATALISE Consortium. (2016). CATALISE: a multinational and multidisciplinary Delphi consensus study. 1. Identifying language impairments in children. *PLOS ONE*, 11(7), 1-26.

Bonet, M. (2014). Disfonías. A J. Peña-Casanova (ed.). *Manual de Logopedia*. Barcelona: Elsevier-Masson.

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

Bothe, A. K., Davidow, J. H., Bramlett, R. E., i Ingham, R. J. (2006a). Stuttering treatment research 1970-2005: I. Systematic review incorporating trial quality assessment of behavioral, cognitive, and related approaches. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 15(4), 321-341.

Bothe, A. K., Davidow, J. H., Bramlett, R. E., Franic, D. M., i Ingham, R. J. (2006b). Stuttering Treatment Research 1970-2005: II. Systematic Review Incorporating Trial Quality Assessment of Pharmacological Approaches. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 15(4), 342-352.

Bustos, I. (2000). *Trastornos de la voz en edad escolar*. Màlaga: Aljibe.

Caldwell, B., i Bradley, R. (1984). *Home Observation for Measurement of the Environment (HOME) - Revised Edition*. Little Rock: University of Arkansas.

Campos, A. D., i Campos, L. (2013). Enfermería infantil y disfemia: Evolución y marcadores de cronicidad. Una revisión sistemática. *Revista Española de Comunicación en Salud*, 4, 113-122.

Castejón, L. (2014). Prevención de disfonías funcionales en el profesorado universitario: tres niveles de acción preventiva. *Aula Abierta*, 42(1), 9-14.

Cicchetti, D., i Carlson, V. (1989). *Child maltreatment: Theory and research on the causes and consequences of child abuse and neglect*. Cambridge, Reino Unido: Cambridge University Press.

Cohen, S. M., Kim, J., Roy, N., Asche, C., i Courey, M. (2012). Prevalence and causes of dysphonia in a large treatment-seeking population. *Laryngoscope*, 122, 343-348.

Coronel, C. P. (2012). Análisis del contexto socioeconómico de niños con retraso mental. *Psicología y Salud*, 22(1), 37-48.

Erdemir, A., Walden, T. A., Je, C. M., Choi, D., i Jones, R. M. (2018). The effect of emotion on articulation rate in persistence and recovery of childhood stuttering. *Journal of Fluency Disorders*, 56 (novembre), 1-17.

Facon, B., Sahiri, S., i Rivière, V. A. (2008). Controlled single-case treatment of severe long-term selective mutism in a child with mental retardation. *Behavior Therapy*, 39, 313-321.

Fernandez, K. T. G., i Sugay, C. O. (2016). Psychodynamic play therapy : A case of selective mutism. *International Journal of Play Therapy*, 25, 203-209.

Fernández-Zuñiga, A., de León, M., i Gamba, S. (2011). Evaluación, intervención y evolución en un caso de tartamudez temprana. *Boletín de AELFA*, 11, 39-44.

Garaigordobil, M., i Pérez, I. (2007). Autoconcepto, autoestima y síntomas psicopatológicos en personas con y sin disfemia: Un análisis descriptivo y comparativo. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 7(2), 285-298.

Garbarino, J. (1986). Can we measure success in preventing child abuse? Issues and policies programs in research. *Child Abuse and Neglect*, 10, 140-156.

García, R., Mendes, E., Ferreira, P., Branco, A., i Bueno, A. (2014). Psychogenic dysphonia: diversity of clinical and vocal manifestations in a case series. *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology*, 80, 497-502.

García-Bacete, F. (2014) (coord). *El rechazo entre iguales en su contexto interpersonal. Una investigación con niños y niñas de primer ciclo de primaria*. Castellón: Fundación Dávalos.

Gassió-Subirachs, R. (2006). Trastornos del lenguaje. *Anales de Pediatría Continuada*, 4, 140-144.

Gaudin, J. M. (1993) Effective intervention with neglectful families. *Criminal Justice and Behavior*, 20, 66-89.

Gensthaler, A., Khalaf, S., Ligges, M., Kaess, M., Freitag, C. M., i Schwenck, C. (2016). Selective mutism and temperament: the silence and behavioral inhibition to the unfamiliar. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 25(10) 1113-1120.

Gil, M. D., i Miranda, A. (2000). La hiperactividad y el déficit atencional. A M. C. Fortes, A. Ferrer i M. D. Gil (editors). *Bases psicológicas de la Educación Especial. Aspectos teóricos y prácticos* (pàg. 261-288). València: Promolibro.

Gilkerson, J., Richards, J. A., Warren, S. F., Montgomery, J. K., Greenwood, C. R., Kimbrough Oller, D., ... i Paul, T. D. (2017). Mapping the early language environment using all-day recordings and automated analysis. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 26(2), 248.

González, A. M., Quintana, I., Barajas, C., Linero, M. J., Goicoechea, M. A., Fuentes, M. J., Fernández, M., i de La Morena, M. L. (2001). Medio social y desarrollo del lenguaje: Un estudio con niños adoptados. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 54(3), 515-529.

Greenberg, J., i Weitzman, E. (2014). *I'm ready... How to prepare your child for reading Success*. Toronto, Ontario: The Hanen Program.

Hamdi, A., Koçak, U., Senol, K., i Çobanoğlu, C. (2016). A case of severe long-term selective mutism in a child with intellectual disability. *International Journal of Developmental Disabilities*, 62(2), 131-136.

Herrero, M. T., i Velasco, M. M. (1988). Disfonías. A: J. Peña-Casanova (ed.). *Manual de Logopedia* (pàg. 107-123). Barcelona: Masson.

Hirsh-Pasek, K., Adamson, L. B., Bakeman, R., Owen, M. T., Golinkoff, R. M., Pace, A., ... i Suma, K. (2015). The Contribution of early communication quality to low-income children's language success. *Psychological Science*, 26(7), 1071-1083.

Hung, S., Spencer, M. S., i Dronamraju, R. (2012). Selective Mutism: Practice and Intervention Strategies for Children. *Children and Schools*, 34(4), 222-231.

Iver, I., i Salas, M. (2016). Lenguaje y adopción internacional. *Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología*, 36, 2016-2017.

Jones, R., Choi, D., Conture, E., i Walden, T. (2014). Temperament, emotion, and childhood stuttering. *Seminars in Speech and Language, 35*(2), 114-131.

Llano Ortíz, J. C. (2016). *El estado de la Pobreza. Seguimiento del indicador de pobreza y exclusión social en España 2008-2016*. Madrid: Red Europea de Lucha contra la Pobreza y la Exclusión Social en el Estado Español.

Lowry, L. (2016). *Seeing early language development through a cultural lens. Research in your daily work*. Recuperat de <https://www.hanen.org/MyHanen/Resource-Centre/Articles/Research/Seeing-Early-Language-Development-Through-a-Cultur.aspx>.

Manolson, A. (1992). *Hablando... nos entendemos los dos*. Toronto, Ontario: The Hanen Program.

McGillion, M., Pine, J. M., Herbert, J., i Matthews, D. (2017). A randomised controlled trial to test the effect of promoting caregiver contingent talk on language development in infants from diverse SES backgrounds. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* (juny).

McHolm, E., Cunningham, A., i Vanier, K. (2005). *Helping your child with selective mutism: steps to overcome a fear of speaking*. Oakland, CA: New Harbinger Publications.

Meyers, S. (1989). Nonfluencies of preschool stutters and conversational partners: Observing reciprocal relationships. *Journal of Speech and Hearing Disorders, 54*, 106-112.

Mithyantha, R., Kneen, R., McCann, E., i Gladstone, M. (2017). Current evidence-based recommendations of investigating children with global developmental delay. *Archives of Disease in Childhood, 102*, 1071-1076.

Molina, M., Tomás, J., Baeza, E., i Sarlé, M. (1999). Mutismo selectivo. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil, 2*, 79-84.

Moreno-Manso, J. M. (2003). Estudio sobre las repercusiones lingüísticas del maltrato y abandono emocional infantil. *Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología, 23*(4), 211-222.

Newborg, J., Stock, J., i Wnek, L. (1996). *BATTELLE. Inventario de Desarrollo*. Madrid: TEA.

Ntourou, K., Conture, E., i Walden, T. (2013). Emotional reactivity and regulation in preschool-age children who stutter. *Journal of Fluency Disorders, 38*(3), 260-274.

Olivares, J., Rosa, A., i Piqueras, J. (2005). Evaluación cognitivo-conductual del mutismo selectivo. A V. Caballo (Ed). *Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos* (pàg. 387-400). Madrid: Pirámide.

Onslow, M. (1992). Identification of early stuttering: Issues and suggested strategies. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 1, 21-27.

Oon, P. P. (2010). Playing with Gladys: A case study integrating drama therapy with behavioural interventions for the treatment of selective mutism. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 15, 215-230.

Organització per a la Cooperació i el Desenvolupament Econòmic (2017). *Education at a Glance 2017. OECD Indicators*. París: OECD Publishing. DOI: 10.1787/eag-2017-en.

Orte, C., Ballester, L., Vives, M., Amer, J. (2016). Quality of implementation in an evidence-based family prevention program: "The Family Competence Program". *Psychosocial Intervention*, 25(2), 95-101.

Peña, J. (2002). *Manual de logopedia*. Barcelona: Masson.

Pepper, J., i Weitzman, E. (2004). *It Takes Two to Talk: A Practical Guide for Parents of Children with Language Delays*. Toronto: The Hanen Center.

Prieto, P., Esteve-Gibert, N., Igualada, A., Bosch, L., Pons, F., Solé, G., i Matthews, D. (2015). *Antes de las primeras palabras*. Web de divulgació científica sobre la comunicació infantil durant el primer any de vida. Recuperat el 7 de maig de 2018 a partir de <http://antesprimeraspalabras.upf.edu/>.

Puyuelo Sanclemente, M., Renom Pinsach, J., Solanas Pérez, A., i Wiig, E. (2002). *Evaluación del lenguaje. BLOC Screening. Manual de usuario*. Barcelona: Masson.

Reiter, R., Rommel, D., i Brosch, S. (2013). Long term outcome of psychogenic voice disorders. *Auris Nasus Larynx*, 40, 470-5.

Riera-Jaume, M. A., i Ferrer-Ribot, M. (2003). Nous programes socioeducatius adreçats a la millora de les relacions parentals en els primers anys de vida. *Educació i Cultura*, 16, 113-125.

Romeo, R. R., Leonard, J. A., Robinson, S. T., West, M. R., Mackey, A. P, Rowe, M. L., i Gabrieli, J. D. E. (2018). Beyond the 30-million-word gap: Children's conversational exposure is associated with language-related brain function. *Psychological Science*, 1, 956797617742725.

Rondal, J. A. (1988). Estrategias de enseñanza adoptadas por los padres y aprendizaje del lenguaje. *Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología*, 8(1), 11-22.

Sangorrín, J. (2004). Disfemia en la infancia, adolescencia y adultez. A À. Aguilar-Alonso i E., Aguilar-Mediavilla, E. (editors). *La persona con trastornos del lenguaje, del habla y de la voz*. PPU Publicacions Universitàries.

Sangorrín, J. (2005). Disfemia o tartamudez. *Revista de Neurología*, 41, 43-46.

Santa Maria-Mengel, M. R., i Martins, M. B. (2007). Factores de riesgo para problemas de desarrollo infantil. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 15.

Semel, E., Wigg, E. H., i Secord, W. A. (2006). *CELF-4: Clinical Evaluation of Language Fundamentals (Spanish Ed.)*. San Antonio, TX: Pearson.

Tamis-LeMonda, C. S., Song, L., Smith Leavell, A., Kahana-Kalman, R., i Yoshikawa, H. (2012). Ethnic differences in mother-infant language and gestural communications are associated with specific skills in infants. *Developmental Science*, 15(3), 384-397.

Tortajada, C., i Tornero, J. (2009). Evaluación de la disfonía en atención primaria. *AMF*, 5, 287-290.

Tough, J. (1987). *El lenguaje oral en la escuela. Una guía de observación y actuación para el maestro*. Madrid, España: Visor.

Wechsler, D. (2005). *WISC-IV, Escala de Inteligencia de Wechsler para niños - IV*. Madrid: Pearson.

Weitzman, E., i Greenberg, J. (1992). *Learning language and loving it*. Toronto, Ontario: The Hanen Program.

Yairi, E., i Ambrose, N. (2013). Epidemiology of stuttering: 21st century advances. *Journal of Fluency Disorders*, 38(2), 66-87.

