
Características de la intervención logopédica

PID_00272200

Laia Cardús Parera

Tiempo mínimo de dedicación recomendado: 2 horas



**Laia Cardús Parera**

Diplomada en Logopedia y en Magisterio de Educación Especial por la Universitat Ramon Llull. También ha cursado el máster de Psicología de la educación de la Universitat de Barcelona y ha hecho formación sobre Psicología de la gestalt específica para niños y adolescentes. Actualmente dirige su gabinete de logopedia y es maestra de pedagogía terapéutica en una escuela rural. También imparte formaciones a profesionales de la educación especializados en trastorno del espectro autista (TEA), trastorno específico del lenguaje (TEL) y sistemas alternativos y aumentativos de la comunicación (SAAC).

El encargo y la creación de este recurso de aprendizaje UOC han sido coordinados por la profesora: Nadia Ahufinger Sanclemente

Primera edición: febrero 2020
© Laia Cardús Parera
Todos los derechos reservados
© de esta edición, FUOC, 2020
Av. Tibidabo, 39-43, 08035 Barcelona
Realización editorial: FUOC

Ninguna parte de esta publicación, incluido el diseño general y la cubierta, puede ser copiada, reproducida, almacenada o transmitida de ninguna forma, ni por ningún medio, sea este eléctrico, mecánico, óptico, grabación, fotocopia, o cualquier otro, sin la previa autorización escrita del titular de los derechos.

Índice

1. Conceptos clave.....	5
2. El continuo evaluación-intervención.....	6
2.1. La evaluación en el proceso de intervención	6
2.2. La evaluación cuantitativa y cualitativa	6
2.3. Los procedimientos de evaluación alternativos	8
3. Características de la persona que recibirá la intervención.....	11
3.1. La demanda de intervención logopédica	11
3.2. Impacto de los trastornos del lenguaje y de la comunicación en la calidad de vida de las personas	13
Bibliografía.....	17

1. Conceptos clave

Hay diferentes conceptos idiosincrásicos en el mundo de la logopedia que aparecen recurrentemente y que hay que aclarar para garantizar un marco de entendimiento común. Algunos de estos conceptos son los siguientes:

- **Educación.** Herramienta que la sociedad emplea para transmitir los saberes culturalmente relevantes y valiosos para esta.
- **Evaluación-intervención.** Proceso por el cual, durante la intervención logopédica, se llevan a cabo diferentes actuaciones de evaluación para valorar si se están logrando los objetivos propuestos.
- **Rehabilitación.** Proceso llevado a cabo dentro de la intervención logopédica que consiste en trabajar sobre un área alterada para conseguir recuperar o mejorar al máximo posible la función afectada.
- **Facilitación.** Acción de dotar a la persona atendida, dentro de la intervención logopédica, de los apoyos necesarios para conseguir los objetivos de trabajo propuestos y mejorar su calidad de vida.
- **Asesoramiento.** Acción de aconsejar, de ofrecer herramientas y apoyos y de facilitar el empoderamiento de los familiares y de las personas significativas de la persona atendida para garantizar el desempeño de los objetivos de trabajo establecidos en la intervención logopédica. El concepto también se emplea cuando se habla de ofrecer formación, recursos y herramientas a otros profesionales que intervienen con la persona atendida.
- **Formación.** Ofrecer contenidos teóricos y/o prácticos que se dirigen a profesionales y/o a familias sobre un tema concreto vinculado a alguna de las áreas de intervención logopédica.

2. El continuo evaluación-intervención

2.1. La evaluación en el proceso de intervención

El primer paso para llevar a cabo una correcta intervención es la evaluación. Actualmente, disponemos de muchos materiales para evaluar el lenguaje y todos los elementos que participan en los intercambios comunicativos en niños y personas adultas. La selección de los materiales más adecuados dependerá de la perspectiva de la evaluación que se adopte (Mendoza, 2010). **La evaluación es una tarea compleja** que requiere sintetizar información obtenida de diferentes fuentes con el objetivo de tomar decisiones basadas en la evidencia recogida. Lo mejor es **incorporar datos de fuentes cuantitativas y cualitativas** para evaluar las habilidades lingüísticas y comunicativas del individuo de la manera más fiel posible (Mendoza, 2016).

Por lo tanto, hay que mencionar que la evaluación no se debe dirigir solo al área específica del lenguaje en el sentido estricto, sino que **ha de tener en cuenta a la persona y su entorno de una manera global**. Si no se hace así, es posible que se ignoren muchas variables relacionadas con el trastorno, y por lo tanto no se ofrezca la atención adecuada al desarrollo global y a la educación integral del individuo (Aguilar, 1991). Basándonos en estas premisas, durante la evaluación hay que tener muy presente la opinión de los diferentes miembros de la familia y de las personas que interactúan significativamente con la persona que recibe la intervención. Además, muchas veces la evaluación deberá llevarse a cabo de una manera interdisciplinaria, con la participación de otros profesionales (psicólogos, fisioterapeutas, neuropsicólogos y otorrinolaringólogos, entre otros) dependiendo de las áreas de exploración y de las necesidades de la persona. Esta evaluación debe ser individualizada y en ella se pueden utilizar diferentes herramientas y materiales.

2.2. La evaluación cuantitativa y cualitativa

Hay dos grandes tipos de evaluación:

- **Evaluación cuantitativa.** Se basa en los test formales o estandarizados. Son muy utilizados durante la evaluación logopédica por la mayoría de los profesionales. Los test proporcionan una serie de datos empíricos que determinan unos valores cuantitativos. A partir de estos resultados, se pueden determinar las áreas logopédicas evaluadas preservadas y las afectadas, así como el grado de afectación. De hecho, dentro del ámbito de la logopedia hay una variedad amplia del tipo de pruebas estandarizadas cuantitativas para prácticamente cualquier trastorno, tanto si está relacionado con el lenguaje y la comunicación como con los trastornos orales no verbales.

La elección y el uso de las pruebas dependen del criterio de la persona que hace la evaluación.

Dentro de la evaluación cuantitativa, destacan los tests clásicos de evaluación de las habilidades cognitivas (cociente intelectual), memoria y atención, algunos de los cuales permiten desglosar los resultados según el área explorada. La mayoría de pruebas de este tipo provienen del mundo de la psicología y/o de la neuropsicología. El logopeda tendrá que tener especial cura al saber cuáles son los tests que está autorizado a pasar en función de sus competencias profesionales. Un ejemplo claro de esta situación la encontramos en la escalera clínica Wechsler (2014), muy utilizada para determinar el coeficiente intelectual global y valorar cada área cognitiva separadamente. Este test, a pesar de ser empleado para el diagnóstico de algunos trastornos del lenguaje, hace falta que lo pasen otros profesionales que no sean logopedas como psicólogos, neuropsicólogos y/o psicopedagogos. Este hecho constata, una vez más, la importancia del trabajo interdisciplinar desde los inicios de la intervención.

Es importante tener en cuenta que muchos de los tests de carácter cuantitativo a menudo priorizan la exploración de otras áreas cognitivas o valoran el lenguaje de manera descontextualizada y en un momento y situación concretos. Por este motivo, y para llevar a cabo una evaluación más rigurosa y completa, es importante hacer también una evaluación cualitativa.

- **Evaluación cualitativa.** Ha sido empleada tradicionalmente dentro del mundo vinculado al estudio de las ciencias sociales. Este tipo de evaluación permite tener una mirada más holística y global, en la cual se pueden incluir un conjunto más amplio de variables vinculadas al contexto, situación comunicativa y interlocutores, entre otros, que permiten llevar a cabo una evaluación más ajustada a la persona.

En los instrumentos de evaluación cuantitativa se explora una función de manera profunda, pero se lleva a cabo de forma aislada y descontextualizada; en cambio, en la evaluación cualitativa toman mucha importancia diferentes elementos como el contexto, el tipo de respuesta en diferentes situaciones, entre otras.

Para llevar a cabo una evaluación de calidad, es importante tener en cuenta tanto la evaluación cuantitativa como cualitativa. También toma mucha importancia recoger otros datos relevantes a partir de herramientas como los informes académicos, las muestras de escritura o las tareas escolares (dibujos, escritos, ejercicios, entre otros) cuando se trata de niños. La capacidad para solucionar los diferentes problemas familiares, laborales o sociales puede ser un indicio útil que ayude a completar los resultados obtenidos mediante otras fuentes y de esta manera evaluar mejor las capacidades cognitivas reales (Aguilar, 1991). Así pues, este tipo de evaluación permite que el profesional valore las habilidades y las estrategias de la persona ante diferentes demandas comunicativas en diferentes contextos reales y significativos, y que lleve a cabo una evaluación más auténtica.

2.3. Los procedimientos de evaluación alternativos

Otra manera de evaluar es mediante los denominados **procedimientos de evaluación alternativos** (Hedge y Pomaville, 2008).

En primer lugar se encuentra la **evaluación referenciada por criterios y específica del individuo**. Este procedimiento sirve para evaluar una determinada habilidad en un caso concreto (Hedge, 1998); por ejemplo, si se quiere evaluar si una persona hace correctamente la flexión verbal a la hora de hablar, se pueden utilizar materiales y recursos que ya existen. En este tipo de evaluación se requiere un número significativo de ejemplos (unos quince o veinte, aproximadamente) para que el resultado tenga fiabilidad (Mendoza, 2010, 2016). En el ejemplo concreto que mencionamos, es necesario que la persona pronuncie un número considerable de verbos durante el discurso para poder determinar si ya lo dice correctamente de manera generalizada (90 % de las veces, o más), o si todavía no ha logrado los objetivos (solo lo hace bien algunas veces). Este tipo de evaluación mide el proceso y la mejora de las habilidades de la persona que se evalúa y no se limita a compararla con la norma. Por lo tanto, tiene en cuenta el contexto (cultura, educación y situación familiar, entre otros aspectos), las demandas, los intereses, las preferencias y las necesidades de la persona, para diseñar una evaluación que se centra en la persona atendida.

En segundo lugar está la **evaluación auténtica**, que se basa en la recogida de muestras del lenguaje. Según Mendoza (2016), la evaluación mediante el análisis y la interpretación de muestras del lenguaje constituye la medida más importante dentro del ámbito logopédico que trabaja para la mejora del lenguaje, ya que compara la adquisición de una habilidad lingüística particular con el criterio de realización adecuado. Las muestras de habla espontánea se pueden recoger de varias maneras, pero la más habitual es la recogida de una parte del discurso narrativo oral. Uno de los puntos fuertes y significativos de la recogida de muestras del lenguaje espontáneo es que permite obtener esta información de manera contextualizada, a diferencia de los tests estandarizados, lo que permite valorar el uso, la forma y el contenido del lenguaje en diferentes situaciones y demandas comunicativas. Este procedimiento de evaluación es ampliamente utilizado por los logopedas durante la evaluación de las dificultades del habla y del lenguaje oral.

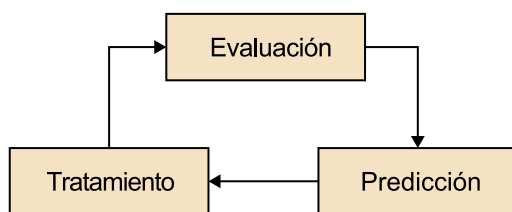
En tercer lugar podemos hacer referencia a las **medidas basadas en el procesamiento**, con las cuales se evalúan las habilidades lingüísticas mediante diferentes tareas que dependen del procesamiento, como, por ejemplo, la memoria de dígitos, la repetición no verbal y las tareas perceptivas y de atención (Mendoza, 2016). Estas habilidades no están afectadas por el conocimiento o la experiencia previa del individuo (Campbell, Dollaghan, Needleman y Janosky, 1997), y por eso se pueden evaluar muy bien las habilidades lingüísticas sin que haya peligro de que otras variables influyan en ellas.

También hay que considerar la **evaluación dinámica**, que aunque se aplica desde hace poco tiempo en el ámbito de la logopedia es importante y necesaria, ya que se trata de un tipo de evaluación que va más allá de la valoración estática y tiene como objetivo determinar el potencial de aprendizaje de la persona que recibirá la intervención (Hasson y Joffe, 2007). La evaluación dinámica se basa en llevar a cabo breves periodos de intervención con la persona y, posteriormente, comprobar si mejora con la intervención. Esta práctica permite al logopeda valorar el aprendizaje y el rendimiento (Mendoza, 2016).

Hay **diferentes tipos de protocolos de evaluación dinámica**, entre los que Carballo (2012) destaca tres:

- La **impronta graduada**, basada en valorar y ofrecer el conjunto de apoyos necesarios para la persona a la hora de llevar a cabo una tarea. Estos apoyos se retiran a medida que la persona que recibe la intervención mejora y generaliza los aprendizajes.
- La **modificación de la tarea**, en la cual el evaluador proporciona un *feedback* a la persona sobre aquello que está haciendo para que aprenda estrategias y poder así mejorar.
- El **test-enseñanza-retest** es la modalidad más conocida de evaluación dinámica que, tal como indica su nombre, se basa en enseñar a la persona diferentes estrategias lingüísticas y comunicativas con las que tiene dificultades para hacer un retest y evaluarlo después de la enseñanza. Esta modalidad permite establecer un continuo entre la evaluación y la intervención logopédica, algo fundamental, dado que la intervención debe ser susceptible a modificaciones según la evolución. Este tipo de evaluación entiende que hay que realizar evaluaciones consecutivas a lo largo de la intervención para determinar si se logran los objetivos propuestos. Si no es así, la nueva evaluación conducirá a nuevas predicciones y propuestas de tratamiento (Aguilar, 1991).

Figura 1.



Infografía basada en Aguilar (1991), donde se observa la importancia del continuo entre evaluación e intervención.

Por lo tanto, es necesario **establecer un continuo entre evaluación e intervención** y rehuir la idea de que la evaluación solo se hace al principio y tiene un carácter estático. Hay que tener en cuenta que la evaluación debe servir para ir valorando si la intervención que se lleva a cabo funciona y si se cumplen los objetivos establecidos. También debe aportar información sobre la evolu-

Lectura recomendada

R. J. Sternberg y E. L. Grigorenko (2003). *Evaluación dinámica. Naturaleza y medición del potencial de aprendizaje*. Barcelona: Paidós.

ción de la persona que recibe la intervención, y por lo tanto permitir que se tomen decisiones vinculadas a los apoyos, a las estrategias y a los materiales empleados durante la intervención logopédica.

3. Características de la persona que recibirá la intervención

3.1. La demanda de intervención logopédica

La existencia de bibliografía, o de datos referentes a la demanda de intervención logopédica según la edad, los trastornos u otras variables, es escasa. Sin embargo, algunos estudios, como el de García-Mateos, Mayor, de Santiago y Zubiauz (2014), concluyen que **la mayor demanda de intervención logopédica tiene lugar durante la etapa de la infancia y la adolescencia y disminuye considerablemente a medida que la edad avanza.**

Figura 2.

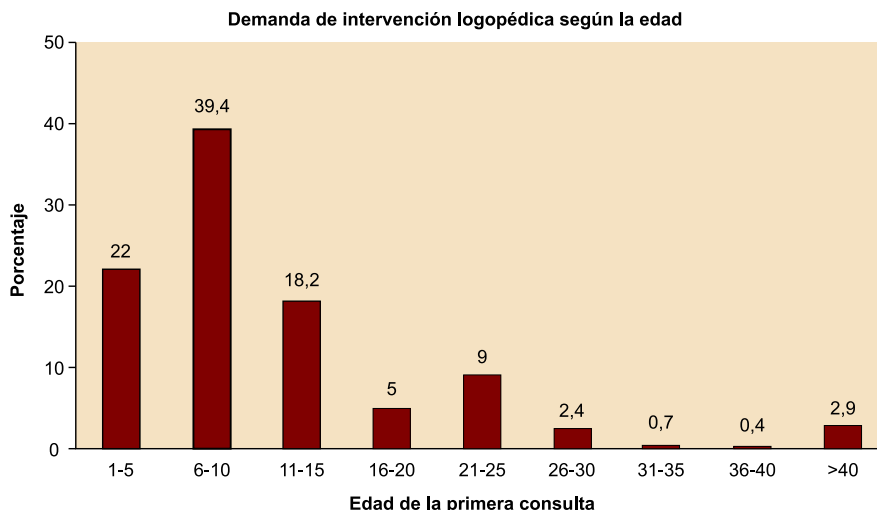


Gráfico extraído de García-Mateos *et al.* (2014), donde se observa el aumento de demanda de intervención logopédica durante la infancia y la adolescencia.

El gráfico muestra claramente que el porcentaje más elevado de personas atendidas por logopedas son niños y adolescentes de hasta 15 años de edad, generalmente de sexo masculino, salvo los casos de trastornos relacionados con la voz, que corresponden generalmente a personas adultas. La mayoría de demandas están vinculadas a motivos escolares, sociales y laborales.

Estos mismos autores también concluyen que:

- Durante la **primera infancia** (del nacimiento a los 6 años), los principales motivos de consulta se deben a **retrasos del lenguaje** (Bonet, 1986; de Andrade, 1997; Enderby y Petheram, 2000; Enderby y Pickstone, 2005; Garrido *et al.*, 1995; Johnson, 2007; Law, Boyle, Harris, Harkness y Nye, 2000; McKinnon, McLeod y Reilly, 2007; Petheram y Enderby, 2001).

- Estas dificultades persisten hasta los 10 años, aproximadamente. En cuanto a los retrasos del lenguaje secundarios, es decir, derivados de otros factores (discapacidad intelectual, trastornos motrices, entre otros), la demanda más elevada es hasta los cinco años en cuanto a la discapacidad motriz, hasta los 6 o 10 años debido a la discapacidad intelectual y hasta los 15 años en el caso de la discapacidad auditiva. Dentro de esta franja de edad también se incluyen los retrasos de habla (dislalias), las discalculias y las disglosias, que son motivo de consulta generalmente hasta los 10 años.
- **Las dificultades de aprendizaje del lenguaje escrito son las que representan un porcentaje más alto** de motivos de consulta, sobre todo entre los 6 y los 10 años. Este dato coincide precisamente con el inicio de la educación primaria, y por lo tanto con la consolidación del aprendizaje de la lengua escrita. En esta franja se detectan de manera más clara los retrasos o los posibles trastornos de la lectoescritura, ya que hasta entonces las dificultades de aprendizaje podían corresponder a una cuestión evolutiva.
- La demanda de intervención logopédica vinculada a la lectoescritura también se lleva a cabo de los 11 a los 15 años. Esta franja coincide con una etapa importante como es el final de la educación primaria y el inicio de la educación secundaria, en la que se pueden constatar dificultades importantes no vinculadas a la descodificación, sino a la comprensión de aquello que se lee. Es importante trabajar y detectar a tiempo si hay dificultades en la lectoescritura en etapas iniciales, y a la vez velar por fomentar una buena comprensión para que el alumnado sea capaz de acceder, gestionar y utilizar la información leída para aprender los contenidos pertinentes. Hay que mencionar que, aparte de este tipo de demanda, los motivos de consulta durante la adolescencia disminuyen considerablemente.
- **Durante la juventud y los inicios de la edad adulta se vuelve a incrementar la demanda**, sobre todo por casos de disfemia (de los 16 a los 30 años) y de dificultades con la voz (de los 21 a los 25 años).
- En la **edad adulta** y hasta la vejez se observa una **demandas vinculada a trastornos neuropsicológicos**, como, por ejemplo, las afasias, entre otras.

De estos datos se concluye la existencia de un porcentaje mucho más elevado de la demanda de intervención logopédica en edades tempranas. No obstante, hay que tener muy en cuenta la situación demográfica global actual y futura ya que según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la esperanza de vida ha aumentado y sigue aumentando significativamente a lo largo de los últimos años. Un ejemplo de este hecho es que en el año 2000 la esperanza media de vida era de 66 años y medio, y en 2016 de 72 años. Estos datos, junto con la caída de la tasa de natalidad (OMS, 2018), demuestran la existencia de un proceso de envejecimiento de la población cada vez más inherente a nuestra sociedad. El envejecimiento progresivo de la población supone el envejecimiento cognitivo, que afecta, entre otras, a las funciones lingüísticas

(Salthouse y Meinz, 1995; Facal *et al.*, 2009). Cabe señalar que el lenguaje es una de las funciones cognitivas que tarda más en quedar afectada durante el proceso de envejecimiento y de deterioro cognitivo leve, pero el trastorno lingüístico constituye una de las primeras manifestaciones de deterioro cognitivo relacionado con las demencias (Subirana, Morena, Puyuelo, y Virgilio, 2009).

De esta situación se puede inferir que, aunque actualmente la demanda de intervención logopédica tenga una tasa muy importante de población infantil, la tasa en las edades adultas se incrementará cada vez más debido al envejecimiento de la población y de las dificultades y de las necesidades comunicativas de la etapa de la vejez.

3.2. Impacto de los trastornos del lenguaje y de la comunicación en la calidad de vida de las personas

Aunque cada etapa vital tiene un conjunto de características idiosincrásicas de las que se derivan las diferentes necesidades de intervención, el hecho de **presentar dificultades vinculadas al lenguaje y a la comunicación incide significativamente en casi todos los aspectos de la vida cotidiana** de la persona, tenga la edad que tenga, y por lo tanto esto afecta a su calidad de vida. Esta afectación no se produce tan solo en la persona, sino también en todos sus contextos significativos: en las relaciones familiares, sociales, laborales, afectivas y emocionales (Cummings, 2018). Aunque el trastorno sea leve, la afectación para la persona que lo sufre podría ser significativa, ya que quizás no le permita, por ejemplo, ejecutar bien el trabajo (pensemos, por poner un caso, en un guía turístico que tiene una disfonía permanente y que, por lo tanto, no podrá ejercer correctamente sus tareas laborales). Hay varios estudios sobre las repercusiones negativas vinculadas al contexto social, emocional y académico de la persona que presenta dificultades comunicativas y lingüísticas (Mendoza, 2009).

Según Cummings (2018), los **trastornos vinculados al lenguaje y a la comunicación pueden tener diferentes tipos de impacto:**

- **Impacto psicológico.** Algunos ejemplos de impacto psicológico pueden ser el estrés, la angustia o la ansiedad. La persona afectada se da cuenta de que su comunicación está limitada y que, por los motivos que sean, no puede comunicarse con la facilidad y la espontaneidad con que lo hace el resto de personas que tiene alrededor; esto afecta mucho a la autoestima y a la concepción que se tiene de uno mismo. Muchas de las personas que tienen dificultades comunicativas no se consideran válidas o aptas para conseguir cargos de liderazgo en el trabajo, hacer amistades con facilidad, etc. Esta situación propicia que cuando se quieren comunicar tengan un conjunto de dificultades que impliquen un estado de angustia y de tensión debido a los intentos comunicativos frustrados. Esta angustia puede hacer

que lleguen a un estado emocional depresivo que, si tiene una incidencia significativa grave y se dilata en el tiempo, puede derivar incluso en una tendencia al suicidio en los casos más graves.

- **Impacto social.** Hace referencia a las dificultades vinculadas a las relaciones sociales. En el caso de niños con problemas de comunicación, estos muestran dificultades para hacer nuevas amistades, para mantener conversaciones durante los ratos de recreo o de tiempo libre, para seguir y participar de las bromas y de los comentarios de los compañeros, etc., y pueden vivir situaciones de acoso derivadas de esta realidad. En el caso de las personas adultas, el impacto se observa en la reducción gradual de los círculos de amistad, en la dificultad para mantenerlos y crear nuevos.
- **Impacto académico y laboral.** En el caso de los niños y de los jóvenes, el alumnado con dificultades de comunicación tiene riesgo de fracaso escolar. Toda la etapa académica está muy mediada por el lenguaje, tanto por medio del lenguaje escrito (libros, exámenes, ejercicios, apuntes, etc.) como del lenguaje oral (explicaciones en clase, debates, vídeos explicativos, etc.). Esto propicia que, para el alumnado con dificultades de lenguaje y de comunicación, acceder, entender, gestionar y utilizar la información que se les facilita sea algo complejo, frustrante y pesado, y que, por lo tanto, tengan dificultades para aprender y seguir las tareas académicas. En cuanto a las personas adultas, puede haber un impacto laboral. En la etapa profesional, en la mayoría de profesiones muchas de las tareas que hay que hacer requieren el dominio del lenguaje; además, también se encuentran las relaciones sociales dentro del ámbito laboral. Así pues, las habilidades comunicativas y lingüísticas tienen un papel importante en el acceso y la promoción laboral de una persona, que puede quedar afectada significativamente si tiene un trastorno del lenguaje o de la comunicación.
- **Impacto relacionado con la conducta.** Muchas de las personas, sobre todo niños, con dificultades comunicativas también presentan trastornos de conducta, como puede ser el comportamiento desafiante o violento relacionado con las dificultades para comunicarse de manera efectiva. Esta conducta disruptiva suele menguar cuando la persona adquiere más competencias y habilidades comunicativas. En etapas posteriores, como la juventud o la edad adulta, si las dificultades de comunicación persisten, las personas pueden tener conductas más hostiles o antisociales que pueden derivar en daños a sí mismas, a los objetos o a otras personas.

El conjunto de impactos que hemos descrito muestra que los profesionales de la logopedia deben tener en cuenta todos estos ámbitos a la hora de hacer la evaluación y la intervención. De este modo podrán determinar si existe alguno de los impactos, qué grado de afectación tienen y qué mecanismos y tipos de trabajo hay que llevar a cabo para minimizar los riesgos que derivan de ellas.

Bibliografía

- Aguilar, A. (1991). *Psicopatología del lenguaje: un modelo integral de intervención* (1.ª ed.). Barcelona: PPU.
- Andrade, C. de (1997). Prevalência das desordens idiopáticas da fala e da linguagem em crianças de um a onze anos de idade. *Revista de Saúde Pública*, 31 (5), 495-501.
- Bonet, M. (1986). *Oferta i demanda de la logopèdia i de la foniatria a Catalunya*. Barcelona: Centre de Publicacions, Intercanvi Científic i Extensió Universitària.
- Carballo, G. (2012). Guía para la evaluación del TEL. *Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología*, 32, 87-93.
- Campbell, T., Dollaghan, C., Needleman, H., y Janosky, J. (1997). Reducing bias in language assessment: processing-dependent measures. *Journal of speech, language, and hearing research*, 40, 519-525.
- Cummings, L. (2018). *Speech and Language Therapy: A Primer*. Cambridge University Press.
- Enderby, P. y Petheram, B. (2000). An analysis of referrals to speech and language therapy in eleven centres, 1987-95. *International Journal of Language and Communication Disorders*, 35 (1), 137-146.
- Enderby, P. y Pickstone, C. (2005). How many people have communication disorders and why does it matter?. *Advances in Speech-Language Pathology*, 7 (1), 8-13.
- Facal, D., González, M. F., Buiza, C., Laskibar, I., Urdaneta, E., y Yanguas, J. J. (2009). Envejecimiento, deterioro cognitivo y lenguaje: Resultados del Estudio Longitudinal Donostia. *Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología*, 29 (1), 4-12.
- García-Mateos, M., Mayor, M., Santiago, J. de, y Zubiauz, B. (2014). Prevalencia de las patologías del habla, del lenguaje y de la comunicación. Un estudio a lo largo del ciclo vital. *Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología*, 34, 163-170.
- Garrido, M., Gorospe, J., Málaga, J., Martín, C., Bueno, J. L., y Fontanillo, F. (1995). Evolución de la patología atendida en una unidad de foniatría. A SOMEF (Ed.), *Actas del III Congreso Nacional de la SOMEF*. Ciudad Real: SOMEF.
- Hedge, M. (1998). *Treatment Procedures in Communicative Disorders* (3.ª ed.). Austin: Pro-Ed.
- Hasson, N. y Joffe, V. (2007). The case for Dynamic Assessment in speech and language therapy. *Child Language Teaching and Therapy*, 23 (1), 9-25. doi: 10.1177/0265659007072142
- Hegde, M. N. y Pomaville, F. (2008). *Assessment of Communication Disorders in Children* (2.ª ed.). San Diego: Plural Publishing.
- Johnson, C. (2007). *Prevalence of Speech and Language Disorders in Children*. Recuperado en: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.614.4792&rep=rep1&type=pdf>.
- Law, J., Boyle, J., Harris, F., Harkness, A., y Nye, C. (2000). Prevalence and natural history of primary speech and language delay: findings from a systematic review of the literature. *International Journal of Language and Communication Disorders*, 35 (2), 165-188.
- McKinnon, D., McLeod, S., y Reilly, S. (2007). The prevalence of stuttering, voice, and speech-sound disorders in primary school students in Australia. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*, 38, 5-15.
- Mendoza, E. (2009). Las dificultades del lenguaje en adolescentes: un reto para la logopedia. *Revista de Logopedia, Fonología y Audiología*, 29 (4), 221-224.
- Mendoza, E. (2010). La evaluación del lenguaje: orientaciones alternativas. *Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología*, 30 (4), 167-173.
- Mendoza, E. (2016). *Trastorno específico del lenguaje. Avances en el estudio de un trastorno invisible* (1.ª ed.). Madrid: Pirámide.
- Organización Mundial de la Salud (2018). Envejecimiento y salud. Recuperado en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud>.

Petheram, B. y Enderby, P. (2001). Demographic and epidemiological analysis of patients referred to speech and language therapy at eleven centres 1987-95. *International Journal of Language and Communication Disorders*, 36 (4), 515-525.

Salthouse, T. A. y Meinz, E. J. (1995). Aging, inhibition, working memory, and speed. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 50 (6), 297-306.

Subirana, J., Bruna, O., Puyuelo, M., y Virgili, C. (2009). Lenguaje y funciones ejecutivas en la valoración inicial del deterioro cognitivo leve y la demencia tipo alzheimer. *Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología*, 29 (1), 13-20.

Wechsler, D. (2014). *Wechsler Intelligence Scale for Children* (5.ª ed.). Bloomington, Minnesota: Pearson.