
Personas candidatas o destinatarias a usar CAA

PID_00271339

Fàtima Vega Llobera

Tiempo mínimo de dedicación recomendado: 2 horas



**Fàtima Vega Llobera**

Diplomada en Magisterio de Educación Especial, licenciada en Psicopedagogía y máster en Comunidad sorda, educación y lengua de signos por la Universidad de Barcelona. Doctora en Ciencias de la Educación y profesora asociada en el Departamento de Cognición, Desarrollo y Psicología de la Educación de la Universidad de Barcelona desde el curso 2015/16. Actualmente es profesora del máster en Formación del profesorado de secundaria y del grado en Psicología y miembro del Grupo de Investigación en Interacción e Influencia Educativa (GRINTIE), del grupo Comunicación, Lenguaje Oral y Diversidad (CLOD), y del Grupo de Innovación Docente en Psicología del Desarrollo (GIPSI-DE). Su actividad de investigación se centra, principalmente, en el asesoramiento psicopedagógico a docentes para promover el desarrollo de la comunicación y el lenguaje de niños con discapacidad. Forma parte del equipo de profesionales de la UTAC (Unidad de Técnicas Aumentativas de Comunicación), donde desarrolla tareas de apoyo para la comunicación, el acceso a la información y el currículum a través de actividades de evaluación, asesoramiento y seguimiento, utilizando las tecnologías de apoyo que son características en esta área en niños y niñas y personas adultas de Cataluña que no pueden utilizar el habla o la escritura con papel y lápiz como es habitual.

El encargo y la creación de este recurso de aprendizaje UOC han sido coordinados por la profesora: Nadia Ahufinger (2020)

Primera edición: febrero 2020
© Fàtima Vega Llobera
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, químico, mecánico, óptico, grabación, fotocopia, o cualquier otro, sin la previa autorización escrita de los titulares de los derechos.

Índice

| | |
|--|-----------|
| Introducción..... | 5 |
| 1. Personas candidatas a usar CAA según la función que cumple la CAA..... | 7 |
| 1.1. Personas candidatas a usar CAA como medio de expresión | 7 |
| 1.2. Personas candidatas a usar CAA como lenguaje de apoyo | 7 |
| 1.3. Personas candidatas a usar CAA como lenguaje alternativo | 8 |
| 2. Personas candidatas a usar CAA: temporalidad versus permanencia..... | 9 |
| 3. Personas candidatas a usar CAA: trastornos congénitos versus adquiridos..... | 10 |
| 3.1. Trastornos congénitos | 10 |
| 3.1.1. Trastornos congénitos de origen motriz | 10 |
| 3.1.2. Trastornos congénitos de origen cognitivo | 11 |
| 3.1.3. Trastornos congénitos de origen lingüístico | 12 |
| 3.1.4. Trastornos congénitos de origen en la interacción social | 12 |
| 3.1.5. Trastornos congénitos de origen sensorial | 14 |
| 3.2. Trastornos adquiridos | 16 |
| 4. Personas candidatas a usar CAA: uso de la CAA según la etapa evolutiva..... | 23 |
| 4.1. Uso de la CAA a nivel prelingüístico en atención temprana | 23 |
| 4.2. Uso de la CAA a nivel lingüístico en atención temprana | 24 |
| 4.3. Uso de la CAA con niños en edad escolar | 25 |
| 4.4. Uso de la CAA en la etapa adulta | 25 |
| Bibliografía..... | 27 |

Introducción

Cualquier persona que no pueda satisfacer sus necesidades de comunicación diarias a través del habla es una persona candidata para usar CAA.

En este módulo se presentan cuatro tipos de clasificaciones de personas candidatas susceptibles para usar CAA, durante diferentes etapas de su vida.

- Una primera clasificación de personas candidatas para utilizar CAA se centra en la función que cumple la CAA en cada colectivo en concreto.
- Una segunda clasificación se centra en la temporalidad de uso de la CAA según si su uso es temporal o permanente.
- Una tercera tipología de personas candidatas para usar CAA se clasifica según si tienen un trastorno congénito o un trastorno adquirido.
- Una cuarta y última clasificación diferencia a las personas candidatas según la etapa evolutiva de las personas usuarias de CAA, de modo que se diferencia el uso de la CAA dependiendo de si los niños aún no han adquirido el lenguaje, si están en proceso de adquisición y desarrollo del lenguaje, están en edad escolar o si son personas adultas.

1. Personas candidatas a usar CAA según la función que cumple la CAA

Según von Tetzchner y Martinsen (1992), existen tres tipos de personas candidatas a usar CAA de acuerdo con la función que cumple la CAA en cada colectivo en concreto. Encontramos personas que pueden utilizar la CAA como medio de expresión, como lenguaje de apoyo o como lenguaje alternativo.

1.1. Personas candidatas a usar CAA como medio de expresión

Son personas candidatas, niños y personas adultas, que necesitan un medio de expresión, ya que desarrollaron el habla dentro de los parámetros normativos, pero debido a una causa adquirida (p. ej.: daño neurológico, accidente, enfermedad degenerativa...), han perdido la capacidad de usarla.

Se trata de un colectivo que cuenta con una buena comprensión del lenguaje, pero les falta la posibilidad de poder expresarse a través del habla. Generalmente, la causa de los problemas es una afectación motriz, debido, en la mayoría de los casos, a un daño cerebral o a una hospitalización temporal que requiere cirugía o intubación. El objetivo que se persigue es enseñarles una forma alternativa de expresión, temporal o permanente.

1.2. Personas candidatas a usar CAA como lenguaje de apoyo

Este grupo consta de dos subgrupos. Un primer subgrupo compuesto por niños con muchas dificultades en el uso del habla y con un retraso importante en el desarrollo del lenguaje, pero que se considera que en un futuro el habla puede ser funcional como un sistema de comunicación. Este colectivo utiliza la CAA de forma temporal, como un sistema de comunicación y como **apoyo para el desarrollo del habla**. Dentro de esta tipología de personas candidatas a usar CAA podemos encontrar niños con un trastorno del desarrollo del lenguaje (TDL; también conocido como trastorno específico del lenguaje o TEL) o con discapacidad intelectual (DI), por ejemplo, niños con síndrome de Down.

Un segundo subgrupo que necesita la CAA como lenguaje de apoyo, es aquel compuesto por niños y personas adultas que utilizan el habla como un sistema de comunicación principal, pero tienen problemas para hacerse entender. Las personas de este subgrupo no requieren usar la CAA como forma principal de comunicación, sino que el habla es su sistema de comunicación principal y solo requieren utilizar la CAA en los momentos en que esta es incomprendible o cuando hay un error en el intercambio comunicativo. En este caso, la CAA tiene la función de **apoyar a la comprensión del habla** por parte de los interlocutores.

1.3. Personas candidatas a usar CAA como lenguaje alternativo

Se trata de personas cuya habla no es funcional y requieren un sistema de comunicación alternativo a esta que sirva como medio permanente de comunicación receptiva y expresiva. El uso de la CAA como lenguaje alternativo tiene algunas similitudes con el uso como apoyo para el desarrollo del habla, pero, en este caso, la CAA se convierte en su principal sistema de comunicación y el objetivo que hay detrás es que la CAA se convierta en «su primera lengua». Dentro de este colectivo podemos encontrar personas con parálisis cerebral, personas con trastorno del espectro del autismo (TEA), entre otros.

Reflexión

La distinción entre los tres grupos o colectivos de personas candidatas a utilizar CAA no significa que siempre sea fácil determinar en qué grupo pertenece cada persona. En particular, es difícil distinguir entre aquellas personas candidatas a usar la CAA como lenguaje de apoyo y aquellas que necesitan un lenguaje alternativo, ya que de entrada no se puede saber hasta qué punto el habla podrá convertirse en un sistema de comunicación funcional para un individuo. Teniendo en cuenta estos aspectos, la intervención con personas usuarias de CAA como lenguaje de apoyo y como lenguaje alternativo será la misma y solo seremos conscientes del uso de la CAA en una persona dependiendo de la evolución de su habla.

2. Personas candidatas a usar CAA: temporalidad versus permanencia

Hay varias circunstancias en las que la persona puede perder temporal o permanentemente el uso del habla, razón por la cual debe requerir al uso de CAA. En función del tiempo en que una persona requiere utilizar un sistema de CAA, puede clasificarse como una persona candidata a usar CAA de manera temporal o permanente.

En el primer caso, las **personas candidatas a utilizar la CAA temporalmente** son personas que requieren usar algún sistema de CAA durante un tiempo específico, por ejemplo, después de haber sufrido quemaduras debido a efectos de la cirugía o una intubación en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). Cuando una persona requiere usar un **sistema de CAA permanentemente o durante toda la vida**, este sistema se convierte en su principal sistema de expresión y, en algunos casos, también de comprensión.

3. Personas candidatas a usar CAA: trastornos congénitos versus adquiridos

Son personas candidatas a utilizar sistemas de CAA las personas, niños/as o adultos, con trastornos congénitos o trastornos adquiridos que dificultan su comunicación. A continuación, se exponen los principales trastornos congénitos y adquiridos que presentan, principalmente, las personas usuarias de CAA.

3.1. Trastornos congénitos

Hablamos de **trastornos congénitos** para referirnos a aquellos casos en los que el trastorno ocurre antes o poco después del nacimiento del niño/a; en otras palabras, trastornos con los que los niños nacen y que afectan al desarrollo de la comunicación y el lenguaje.

La diversidad de trastornos congénitos se puede clasificar, según Lund, Quach, Weissling, McKelvey y Dietz (2017), en función de la naturaleza del trastorno. Así pues, podemos encontrar trastornos de origen motriz, cognitivo, lingüístico, de la interacción social o sensorial.

3.1.1. Trastornos congénitos de origen motriz

- **Parálisis cerebral.** El principal trastorno congénito de origen motriz es la parálisis cerebral. Esta se define como un trastorno neurológico del desarrollo y la postura, causado durante la gestación, el parto o en los primeros años de desarrollo cerebral (Ramírez Flores y Ostrosky-Solís, 2009). Las causas de este trastorno son muy variadas y se caracterizan por un patrón psicomotor alterado que se acompaña, a veces, de problemas sensoriales, cognitivos, de comunicación o percepción, y pueden presentarse junto con otros trastornos de conducta.

Los déficits motrices asociados a la parálisis cerebral provocan dificultades en el habla entre el 30 % y el 85 % de la población con este trastorno, aunque presenten variabilidad en sus necesidades comunicativas. Este grupo incluye a personas que no tienen un control suficiente de los órganos involucrados en el habla (lengua, boca, faringe...) con el fin de articular sonidos lingüísticos. Estos órganos pueden estar paralizados o sufrir espasmos que disminuyen el control sobre la pronunciación, lo que dificulta la comprensión de los mensajes por parte de personas poco familiarizadas con las personas usuarias.

En los casos de personas con parálisis cerebral, además de las dificultades comunicativas, tendrán que valorarse las habilidades motrices de cada individuo, así como los dispositivos más adecuados, las formas de indicación y la ubicación de los productos (Beukelman y Mirenda, 2005).

Nota

El manual de diagnóstico DSM-V llama a los trastornos congénitos «**trastornos del desarrollo**», ya que causan muchas dificultades en diversas áreas del desarrollo del niño, especialmente en «lengua, movilidad, aprendizaje, autoayuda y vida independiente».

Debido a la gran variabilidad de personas con este trastorno, estas son personas candidatas para utilizar, también, una gran diversidad de sistemas de CAA, desde sistemas sin ayuda (gestos, signos manuales...) o con ayuda (objetos reales, pictogramas, ortografía...). Asimismo, en relación con los productos de apoyo, algunas de ellas son personas candidatas a usar tableros con papel en formato tríptico, en formato cuaderno o ETRAN, mientras que otras son candidatas a utilizar comunicadores electrónicos basados en tabletas u ordenadores con acceso directo (dedo, ratón o mirada) o con barrido, dependiendo de las habilidades motrices de la persona.

Dentro de los trastornos congénitos de origen motriz también podemos encontrar causas sobrevenidas durante la primera etapa del desarrollo del niño/a, que pueden causar una sintomatología similar a la parálisis cerebral. Serían casos de **accidentes vasculares, tumores o lesiones cerebrales** durante la primera infancia.

En personas con parálisis cerebral, siempre que sea posible, es muy importante enseñar a leer y a escribir lo antes posible, por si la persona usuaria necesita, en un futuro, usar una CAA ortográfica.

3.1.2. Trastornos congénitos de origen cognitivo

- **Discapacidad intelectual (DI).** La DI se refiere a un funcionamiento intelectual significativamente inferior a la media, que coexiste con otras limitaciones en dos o más áreas de las habilidades adaptativas: comunicación, cuidado personal, vida en el hogar, habilidades sociales, uso de la comunidad, autogestión, salud y seguridad, contenidos escolares funcionales, ocio y trabajo. Este trastorno debe manifestarse antes de los 18 años.

La prevalencia de la DI en nuestro contexto se sitúa alrededor del 2 % de la población y, en el 50 % de los casos tiene un origen principalmente genético. Se conocen unos 750 síndromes genéticos que cursan con DI (síndrome de Down, X-frágil, enfermedades metabólicas, síndrome de Angelman, síndrome de Rett...).

A causa de las grandes diferencias entre niños y niñas con DI en cuanto al nivel de funcionamiento y a la frecuente aparición de pérdidas sensoriales y afectaciones motorices, todos los sistemas y formas de uso de la CAA pueden ser relevantes. Algunos niños/as requerirán utilizar la CAA como medio de expresión, otros como lenguaje de apoyo y otros como un medio alternativo.

En general, la mayoría de niños y/o personas adultas con DI utilizan la CAA como lenguaje de apoyo, aunque en un caso minoritario utilizan la CAA como lenguaje alternativo.

Habitualmente, las personas con DI, siempre y cuando no curse con otros trastornos motrices o sensoriales, no deben tener demasiadas dificultades

Nota

Para obtener más información, consultad el documento «La comunicación y la relación con personas con discapacidad intelectual. Pautas básicas de interacción».

para acceder a los tableros o comunicadores, por lo que son personas candidatas a utilizar una indicación directa. Lo que se evaluará en los casos de personas con DI candidatas a usar CAA es el grado de abstracción y simbolismo, de manera que será necesario ajustar el signo (manual, objeto real, objeto miniatura, fotografía y/o pictograma) a las competencias del individuo. Sin embargo, uno de los principales problemas de las personas usuarias de CAA con DI es la generalización; a menudo el entrenamiento del uso de la CAA se realiza en contextos restringidos y apartados del contexto real, hecho que dificulta la generalización del uso en contextos naturales.

Por otra parte, hay que tener en cuenta que algunos síndromes en particular, como el síndrome de Down, implican dificultades físicas, hipotonía y/o malformaciones en relación con el aparato bucofonador, que afectarán a la producción del habla y a la posterior comprensión de esta por parte de los interlocutores.

3.1.3. Trastornos congénitos de origen lingüístico

- **Trastorno del desarrollo del lenguaje (TDL/TEL).** El trastorno del desarrollo del lenguaje (TDL/TEL) es un trastorno del neurodesarrollo que se inicia en la infancia. Las características del diagnóstico son ciertas dificultades en la adquisición y el uso del lenguaje debido a deficiencias en la comprensión y/o producción de vocabulario, estructura de la oración y el discurso sin una causa física o neurológica demostrable, una dificultad auditiva, TEA o DI.

Generalmente, los niños pronuncian sus primeras palabras entre los 10 y los 13 meses y, de media, empiezan a usar frases de dos palabras después de 18 meses. Para que un niño o niña sea diagnosticado de TDL/TEL debe presentar una capacidad lingüística inferior a su edad, lo que implica cierto deterioro funcional en su rendimiento escolar y social. Los niños y niñas con TDL/TEL aprenderán a hablar lentamente, aunque la evolución de la comunicación y el lenguaje diferirá en función de cada caso. Por esta razón, un desarrollo lento del lenguaje implicará un vocabulario más limitado.

Este colectivo de niños y niñas pertenece al grupo de personas candidatas a utilizar la CAA como lenguaje de apoyo para el desarrollo del habla, tanto por medio de sistemas de signos sin ayuda (gestos, signos manuales...) como con ayuda (imágenes, pictogramas, etc.).

3.1.4. Trastornos congénitos de origen en la interacción social

- **Trastorno del espectro del autismo (TEA).** Según el DSM-V, es un trastorno del desarrollo neurológico que se presenta desde la infancia y se caracteriza por problemas en la comunicación social y la interacción y por intereses restringidos y repetitivos (American Psychiatric Association, 2014).

El índice de prevalencia de los niños y niñas con TEA ha aumentado considerablemente en los últimos años, y el DSM-V considera que un 1 % de la población podría presentar TEA (APA, 2014). El trastorno del espectro del autismo (TEA) afecta a cada persona con un nivel de gravedad diferente y no en todos los casos implica problemas en el área de la comunicación y el lenguaje. Se estima que el 40 % de los casos de TEA presentan problemas en el ámbito lingüístico y en algunos casos llegan a la adolescencia o a la edad adulta sin adquirir las competencias comunicativas adecuadas (Howlin, Savage, Moss, Tempier y Rutter, 2014).

Teniendo en cuenta que dentro del espectro del autismo hay un rango variado de personas usuarias con características muy diferentes, es muy difícil proponer soluciones homogéneas. En los casos más graves, se observan problemas de interacción social, el habla se ve afectada o no aparece, y en el lenguaje oral pueden presentarse problemas en la morfosintaxis. En otros casos, solo utilizan una palabra para expresar una frase; por ejemplo, dicen «Agua» para decir «Quiero beber agua», fenómeno llamado «holofrase». En otros casos más leves, las personas con TEA repiten palabras o frases ininterrumpidamente, lo que se llama «ecolalia». También pueden presentar dificultades para usar y entender los gestos naturales y culturales, el lenguaje corporal o el tono de voz, y las expresiones faciales, los movimientos y los gestos a menudo no se corresponden con lo que dicen. Las personas con TEA son candidatas a utilizar la CAA como un medio de apoyo para el desarrollo del habla desde las primeras etapas del desarrollo. Hay que tener en cuenta que, en algunos casos, la CAA termina convirtiéndose en su sistema de comunicación principal, cuando el habla no termina siendo funcional para el individuo.

En las personas usuarias con TEA es muy importante enseñar a leer y a escribir lo antes posible, por si la persona necesita, en un futuro, utilizar una CAA ortográfica como lenguaje alternativo al habla.

El sistema de comunicación por intercambio de imágenes (PECS)

El PECS es un sistema de CAA desarrollado en Estados Unidos en el año 1985 por Andy Bondy y Lori Frost, para estudiantes de preescolar con TEA. Es un método indicado para aquellos niños/personas adultas con TEA que no disponen de un lenguaje funcional y que, además, no cuentan con la cognición social para señalar una imagen, a causa de las dificultades con la teoría de la mente¹. Por esta razón, la interacción comunicativa consiste en el intercambio de pictogramas entre la persona usuaria y su interlocutor (*Exchange*). El pictograma se intercambia (ofrecido al interlocutor y/o pegado con velcro) para iniciar una petición, hacer una elección, proporcionar información o responder.

Este método requiere contar con un conjunto de pictogramas plastificados y pegados con velcro en una carpeta.

El protocolo de enseñanza de PECS se basa en el libro de Skinner, *Conducta verbal*, y utiliza estrategias específicas de ayuda y de fortalecimiento, sin usar ayudas verbales para evitar su dependencia y, en cambio, se promueve la iniciación y la espontaneidad desde el inicio. PECS consta de seis fases y su objetivo principal es enseñar comunicación funcional.

Para más información véase: <https://www.pecs-spain.com/el-sistema-de-comunicacion-por-el-intercambio-de-imagenes-pecs/>

⁽¹⁾En los casos de personas usuarias con TEA que puedan señalar, no se recomienda utilizar PECS (o intercambio de imágenes), sino que se recomienda que se señalen los pictogramas en una superficie plana (tablero, cuaderno, comunicador, etc.).

- **Trastorno de la comunicación social (pragmático).** Los niños diagnosticados con trastorno de la comunicación social (TCS) tienen problemas con el uso social de la comunicación verbal y no verbal, es decir, con la pragmática. Suelen hablar de manera aceptable con respecto a pronunciar palabras y construir oraciones, pero tienen dificultades con las convenciones sociales y sutiles del lenguaje hablado que permiten que las personas se relacionen, sostengan conversaciones, hagan amistades y/o tengan un buen rendimiento escolar. El TCS fue añadido en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-V, 2014) por la Asociación Americana de Psiquiatría (APA).

Los síntomas incluyen deficiencias en el uso social de la comunicación, por ejemplo, al no seguir/cumplir las normas sociales del lenguaje (saludar de acuerdo con el contexto y compartir información), deficiencias en el cambio del registro comunicativo de acuerdo con la situación o las necesidades del interlocutor, no respetar los turnos de conversación (algunos monopolizan las conversaciones o interrumpen constantemente; otros simplemente deciden no hablar), en una reformulación no ajustada de la intención comunicativa en el caso de incomprensiones, en dificultades en el uso y comprensión de gestos icónicos verbales y no verbales en contexto, y también tienen problemas para inferir el mensaje implícito con metáforas o ironías. Este trastorno dificulta la comunicación efectiva, la participación social, la formación y el mantenimiento de las relaciones sociales y conduce a una disfunción académica, vocacional e interpersonal en el individuo.

Entre otras herramientas y estrategias, la intervención logopédica de niños con TCS incluye el uso de CAA para complementar el discurso con imágenes, pictogramas o gestos naturales.

Confusión entre diagnóstico TEA y TCS

Los niños con TCS solo comparten con el alumnado con TEA el hecho de tener unas habilidades para comunicarse socialmente limitadas; sin embargo, no presentan los otros signos del TEA, como intereses limitados y conductas repetitivas, razón por la cual no deben confundirse ambos diagnósticos.

3.1.5. Trastornos congénitos de origen sensorial

- **Discapacidad auditiva (sordera).** La discapacidad auditiva se caracteriza por la dificultad y la imposibilidad de utilizar la audición debido a una pérdida de la capacidad auditiva parcial (hipoacusia) o total (cofosis). Por lo tanto, una persona con discapacidad auditiva no podrá o tendrá dificultades para escuchar.

La pérdida de audición puede deberse a causas genéticas, complicaciones en el parto, enfermedades infecciosas, infecciones crónicas del oído, pero también al uso de ciertos medicamentos, la exposición excesiva al ruido o a causa del envejecimiento.

El momento en que aparece la discapacidad auditiva es decisivo para el desarrollo del lenguaje. Debemos tener en cuenta que solo se considera un trastorno congénito la **sordera prelocutiva**, es decir, aquella pérdida auditiva que se produce antes de adquirir el lenguaje oral (antes de los 2 años). La **sordera perilocutiva**, cuando la pérdida auditiva ocurre mientras el niño está adquiriendo el lenguaje oral (entre los 2-3 años), y la **sordera postlocutiva**, cuando la pérdida auditiva ocurre después de la adquisición del lenguaje oral (después de los 3 años), se consideran trastornos adquiridos.

Tradicionalmente, las personas con discapacidad auditiva utilizan el lenguaje propio de su comunidad para comunicarse. Sin embargo, un pequeño grupo de personas con sordera usa la CAA como apoyo para el desarrollo del habla y/o como lenguaje alternativo.

Dentro del abanico de sistemas de CAA que habitualmente usan las personas con sordera como un sistema de apoyo para el desarrollo del habla, está el uso de signos manuales, la dactilología y la palabra complementada. Sin embargo, no debemos dejar de lado que algunos niños y niñas, así como y personas adultas con sordera utilizan sistemas pictográficos como apoyo para la comprensión de los mensajes emitidos por sus interlocutores. No obstante, algunas personas adultas con sordera congénita usan los sistemas ortográficos (escritura manual, aplicaciones móviles, etc.) como medio expresivo y/o comprensivo.

- **Discapacidad auditiva y visual (sordoceguera).** La sordoceguera es una discapacidad resultante de la combinación de dos deficiencias sensoriales (visual y auditiva) que genera en las personas que la padecen problemas de comunicación únicos y necesidades especiales derivadas de la dificultad para percibir de manera global, conocer y, por lo tanto, interesarse y desarrollarse en su entorno. La falta de visión y audición en las personas sordociegas, les provoca graves problemas a la hora de comunicarse, una falta de acceso a la información y a la autonomía personal.

Las personas con sordoceguera hacen uso de diferentes sistemas de comunicación en función del grado de discapacidad que presentan y de sus propias habilidades y características. Los sistemas de comunicación utilizados en este caso se dividen en alfabéticos (aquellos basados en un alfabeto y en el uso de la dactilología) y no alfabéticos (basados en la lengua de signos apoyada o adaptada a las dimensiones de los restos de visión).

La **dactilología en la palma de la mano** consiste en deletrear el mensaje apoyando cada una de las letras del alfabeto dactilológico sobre la palma de la mano de la persona sordociega y a la inversa.

Escritura en la palma de la mano consiste en deletrear el mensaje escribiendo cada una de las letras del alfabeto tradicional en la palma de la mano de la persona sordociega y a la inversa.

También pueden utilizar signos manuales de la lengua de signos propia del país de las personas con sordera. En este caso, los signos manuales pueden producirse de dos maneras. Por un lado, algunas personas con sordoceguera y sus interlocutores ejecutan los signos manuales estándares de la lengua de signos en una distancia adecuada para que la persona usuaria pueda verlos, en función de los restos visuales (este sería el caso de personas con el síndrome de Usher, que presentan un deterioro en el campo visual periférico). Por otro lado, otras personas con sordoceguera son usuarias de la lengua de signos apoyada, que implica utilizar los signos habituales de la lengua de signos, mientras se sujetan las manos entre interlocutores.

De estos sistemas de comunicación solo pueden considerarse un sistema de CAA la dactilología, la escritura en la palma de la mano y el uso de signos manuales como apoyo signado, ya que la lengua de signos (apoyada o ejecutada en la distancia idónea) es una lengua propia de las personas sordas y no un sistema de CAA.

Nota

Para más información, consultad la página web de la Asociación Catalana pro Personas Sordociegas (APSOCECAT): <https://www.apsocecat.org/>

Con frecuencia os encontraréis con personas que no solo presentan una de las afectaciones mencionadas, sino que también presentan varias deficiencias (visual, auditiva, motriz, intelectual...) que afectan profundamente a su comunicación. Estos casos los llamamos «pluridiscapacidad», en los que hay una disfunción severa o profunda de dos o más áreas del desarrollo, incluyendo siempre el déficit cognitivo. Tienden a ser personas con trastornos neuromotores graves, con dificultades severas para la comunicación (comprensión y expresión) y con graves limitaciones de memoria, la percepción, el razonamiento, la conciencia y el desarrollo emocional.

Las personas con pluridiscapacidad requerirán el uso de sistemas de CAA tanto para la comprensión como para la expresión que se basan, la mayoría de veces, en un pequeño repertorio de objetos reales o gestos idiosincrásicos o manuales para hacer demandas y para anticipar las rutinas diarias.

3.2. Trastornos adquiridos

Los **trastornos adquiridos** son trastornos que se producen después de que la persona usuaria nazca sin ninguna lesión y, por lo tanto, surgen en momentos posteriores de su vida causando una afectación en el funcionamiento cognitivo, emocional, conductual y/o físico. En este grupo también se incluyen los trastornos que son el resultado de enfermedades genéticas y degenerativas, que disminuyen el estado físico y/o mental de quienes las sufren, y dan lugar a un desequilibrio en los mecanismos de regeneración celular.

Aunque algunas personas mantienen los niveles adecuados de funcionamiento cognitivo, del habla y del lenguaje, en presencia de estos trastornos, otras personas muestran serios problemas para comunicarse de forma eficaz con familiares, amigos y compañeros de trabajo. El uso de un sistema de CAA puede contribuir a la mejora de la eficacia comunicativa y de la calidad de vida de la persona.

- **Afasias.** La afasia es una afectación en la capacidad de producir y/o entender el lenguaje, a pesar de la persistencia de un grado suficiente de inteligencia y la integridad de las vías motoras o sensoriales y de los órganos de la fonación o de la audición, debido a una lesión cerebral en el área del cerebro que controla el lenguaje. Alrededor del 40 % de las afasias ocurren debido a un accidente cerebrovascular (ictus), pero también pueden ser causadas por traumatismos craneoencefálicos, accidentes o tumores cerebrales, de los cuales pueden provocar daños severos en el área de la comunicación y el lenguaje (Beukelmen, Fager, Ball y Dietz, 2007). Este trastorno deteriora la capacidad de expresión, la comprensión del lenguaje oral y, a menudo, la lectura y la escritura, de modo que la comunicación con los demás se ve altamente imposibilitada; no obstante, se observa una gran heterogeneidad entre las personas con afasia.

Uno de los principales objetivos de abordar el uso de CAA con personas con afasia es aumentar su competencia comunicativa e incrementar las opciones de participación en las actividades de la vida diaria. Por esta razón, a menudo, las personas con afasia utilizan CAA como apoyo para evocar palabras, mediante el uso de pictogramas u ortografía natural, en paralelo con el tratamiento rehabilitador con el fin de lograr mejoras en el habla. En otros casos, sin embargo, cuando el habla no es funcional, usan la CAA como un sistema alternativo.

Al trabajar con personas con afasia es muy importante la implicación de los interlocutores, que tendrán que suplir, la mayoría de las veces, las dificultades de las personas usuarias. Por ejemplo, en el caso de personas con un cuaderno de comunicación con símbolos pictográficos para ayudar a la persona usuaria a evocar el vocabulario, el interlocutor no debe esperar a que esta utilice el cuaderno de forma autónoma, sino que tiene que ayudarla a utilizarlo poniendo los máximos recursos a su disposición y modelando su uso. Por ejemplo, cuando el/la logopeda le haga una pregunta abierta o de elección a la persona usuaria de CAA, como «¿Qué comiste para desayunar?», debe abrirle el cuaderno de comunicación por la página donde está el vocabulario relacionado con la comida para facilitar que la persona usuaria señale la imagen.

- **Enfermedades neurológicas degenerativas: esclerosis lateral amiotrófica (ELA) u otras tipologías de esclerosis.** La esclerosis lateral amiotrófica (ELA) es una enfermedad degenerativa de tipo neuromuscular, motivo por el cual las neuronas motrices disminuyen gradualmente su funcionamiento y mueren, causando una parálisis muscular progresiva. Esta enfermedad sigue siendo de origen desconocido y ataca las neuronas motrices que controlan el movimiento voluntario de los músculos, pero a diferencia de la esclerosis múltiple, no afecta a la percepción ni los sentidos. Se trata de una enfermedad de pronóstico mortal y se estima que entre el 80% y el 90 % de la población con ELA habrá perdido la capacidad de hablar en el momento de su muerte.

Al principio de la enfermedad, cuando el habla todavía es bastante comprensible, se recomienda utilizar la CAA como sistema de apoyo para los momentos de incompreensión y/o malentendidos con los interlocutores. Más adelante, cuando la enfermedad evoluciona y el habla deja de ser funcional, las personas con ELA utilizarán la CAA como sistema expresivo, de modo que, en la mayoría de los casos de personas adultas alfabetizadas, se recurrirá a la escritura como sistema alternativo al habla, frecuentemente por medio de un dispositivo electrónico con salida de voz.

Teniendo en cuenta que la enfermedad implica un deterioro progresivo de los movimientos, muy a menudo una misma persona utilizará diferentes dispositivos y/o apoyos para la CAA a lo largo de su vida. Por ejemplo, es frecuente que inicialmente una persona con ELA pueda usar un teclado, un ratón o una tableta con las manos y, poco a poco, a medida que las manos pierden la funcionalidad, tenga que utilizar otras partes del cuerpo para acceder a los tableros y/o comunicadores, como la barbilla, la cabeza o la mirada.

Debemos tener en consideración que el sistema nervioso central de las personas usuarias con esclerosis múltiple se ve afectado debido a un error en la conexión de las fibras nerviosas, que da lugar a lesiones musculares, oculares y auditivas. A causa de la diferencia entre ambas enfermedades, las personas con esclerosis múltiple necesitarán apoyos diferentes para la CAA

Nota

Para más información, consultad la página web de la Fundación Miquel Valls: <http://www.fundaciomiquelvalls.org/es/>

como, por ejemplo, tableros de comunicación de tamaños más grandes, apoyo de *feedback* auditivo, etc.

- **Ataxia de Friedreich.** La ataxia de Friedreich es una enfermedad neuromuscular degenerativa y genética que causa un daño progresivo en el sistema nervioso. Se caracteriza por una destrucción de ciertas células nerviosas de la médula espinal, del cerebelo y de los nervios que controlan los movimientos musculares de los brazos y las piernas, provocando incoordinación motora como una manifestación fundamental. La enfermedad generalmente aparece entre los 5 y los 15 años, pero se han registrado edades de inicio de la enfermedad desde los 18 meses a los 30 años, afectando por igual tanto a hombres como mujeres.

En general, el primer síntoma que aparece es la ataxia (falta de la coordinación de movimientos musculares), que se manifiesta como dificultad, inestabilidad y falta de coordinación al caminar. La falta de coordinación, al principio, solo afecta a la marcha, pero más tarde puede afectar también a los brazos, las manos y el tronco. Una vez avanzada la enfermedad, puede presentar otros síntomas tales como: deformidades en los pies, escoliosis, debilidad y atrofia de los músculos, pérdida de reflejos en rodillas, muñecas y tobillos, pérdida de sensibilidad en las extremidades, nistagmo (movimientos rítmicos, rápidos e involuntarios en los ojos) y disartria (dificultad y lentitud en el habla) y algunas personas presentan pérdidas auditivas o visuales.

Al tratarse de una enfermedad degenerativa, a medida que pasa el tiempo, el deterioro físico progresa. La mayoría de las personas con ataxia de Friedreich necesitan, en algún momento de la evolución de su enfermedad, ayuda para comunicarse. Cuando la inteligibilidad del habla se encuentra por debajo del 50 % o tiene un impacto significativo en la calidad de vida de la persona con ataxia de Friedreich, los soportes utilizados se pueden considerar medios de CAA. Estos incluyen todas las formas de comunicación diferentes de la comunicación oral: usar el bolígrafo y el papel, señalar letras en un tablero alfabético o utilizar los gestos y el lenguaje corporal. También hay personas con ataxia de Friedreich que usan comunicadores electrónicos con salida de voz.

Existe una variante de ataxia llamada «ataxia telangiectasia». Es una enfermedad de inmunodeficiencia primaria que afecta a una variedad de órganos en el cuerpo y que, al igual que la ataxia de Friedreich, afectará al habla natural del individuo en diferentes grados, a lo largo de la evolución de la enfermedad. Las personas usuarias con este diagnóstico serán candidatas a utilizar CAA en algún momento de su evolución.

- **Distrofia muscular.** La distrofia muscular incluye un grupo de enfermedades que provocan debilidad progresiva y pérdida de la masa muscular. En la distrofia muscular, los genes anormales (mutaciones) interfieren en la producción de proteínas necesarias para formar músculos sanos. La mayoría de los casos de distrofia muscular, en la edad adulta, cuentan con problemas respiratorios, debido a la debilidad progresiva que puede afectar a los músculos asociados con la respiración y la deglución. Es posible que, con el tiempo, las personas con distrofia muscular necesiten utili-

zar un dispositivo de asistencia respiratoria (respirador), en principio solo por la noche, pero posiblemente y posteriormente también durante el día. En estas ocasiones, las personas usuarias tendrán que usar un sistema de CAA para poder expresarse.

- **Parkinson.** La enfermedad de Parkinson es un tipo de trastorno del movimiento que ocurre cuando las células nerviosas (neuronas) no producen suficiente cantidad de dopamina. Los síntomas comienzan lentamente, por lo general, en un lado del cuerpo; después afectan en ambos lados. Algunos de los principales síntomas son:
 - Temblor en las manos, brazos, piernas, mandíbula y cara.
 - Rigidez en los brazos, piernas y tronco.
 - Lentitud en los movimientos.
 - Problemas de equilibrio y coordinación.
 - Dificultad para caminar o hacer tareas sencillas.
 - También pueden tener problemas como depresión o trastornos del sueño.
 - Dificultad para masticar, tragar o hablar.

La rigidez de los músculos que implica la enfermedad de Parkinson conlleva dificultades comunicativas. Normalmente, las personas que todavía usan el habla como un sistema principal de comunicación utilizan un tono de voz bajo, presentan dificultades y dudan en iniciar una conversación y suelen cometer errores en ciertos fonemas. En los casos en que el habla no es funcional, deben utilizar sistemas de CAA, usando la escritura y las frases preestoradas, ajustadas en un soporte adecuado a sus competencias motrices.

- **Parálisis supranuclear progresiva (PSP).** Trastorno cerebral poco frecuente que provoca graves problemas para caminar, para mantener el equilibrio y para mover los ojos. Este trastorno se genera a partir del deterioro de las células en zonas del cerebro que controlan los movimientos del cuerpo y el razonamiento.

La PSP empeora con el tiempo y puede causar complicaciones potencialmente mortales, como la neumonía y problemas para tragar. La sintomatología es muy diferente en cada persona, pero puede incluir: pérdida del equilibrio al caminar, problemas del habla, dificultad para tragar, visión borrosa y problemas para controlar el movimiento ocular, cambios en el estado de ánimo y la conducta, depresión y apatía (pérdida de interés y entusiasmo) y demencia leve.

Aquellas personas con PSP que muestran dificultades en el habla son candidatas a utilizar sistemas de CAA, ajustados a cada individuo en función del resto de sintomatología asociada.

- **Locked-in.** El síndrome *locked-in* se debe a una lesión en el tallo cerebral con respecto a la protuberancia anular. Es una condición en la que la persona usuaria está alerta y despierta, pero no puede moverse o comunicarse verbalmente debido a una parálisis completa de casi todos los músculos

Nota

Para más información, consultad el documento «Consejos sobre una correcta comunicación para pacientes con enfermedad de Parkinson» en: <http://www.aep-taray.org/portal/images/pdf/logoterapia.pdf>

voluntarios del cuerpo excepto los ojos. Las causas pueden ser un traumatismo craneoencefálico, accidente cerebrovascular, enfermedad del sistema circulatorio, daño de las células nerviosas o sobredosis de medicamentos.

Las personas usuarias solo pueden mover los ojos, por lo que debemos pensar principalmente en sistemas de CAA que se usan con la mirada, tanto aquellos basados en papel (ETRAN alfabético o con frases almacenadas previamente) o dispositivos electrónicos activados con ratones de mirada.

- **Lesión medular cervical.** La médula espinal es la puerta de entrada para la transferencia de información entre el cuerpo y el cerebro, y también es el centro de los circuitos neuronales que integran y coordinan las funciones sensoriales, motrices y automáticas. La lesión medular adquirida puede ser a consecuencia de un traumatismo (accidente laboral, deportivo, fortuito, de tráfico, etc.) o una enfermedad (tumoral, infecciosa, vascular, etc.). Los movimientos corporales y las sensaciones de las zonas relacionadas con la médula espinal, que están justo debajo de donde se ha producido la lesión medular, quedan gravemente limitadas o imposibilitadas.

Si el daño medular es a nivel cervical, el habla natural puede verse afectada, esencialmente porque la persona tiene incapacitada la posibilidad de regular la presión del aire, necesaria para el habla natural. En estos casos, tanto cuando la persona usuaria use un respirador o cuando no tenga suficiente bufo para emitir la voz, recurrirá a utilizar un sistema de CAA.

- **Tumores en la zona de la cabeza o del cuello.** Se trata de cánceres localizados en la zona del tracto aerodigestivo superior (cavidad nasal, faringe, cavidad oral y/o laringe). Estos son tumores que afectan, en la mayoría de los casos, temporal o permanentemente, el uso del habla natural. La intervención quirúrgica puede incluir la extirpación de las partes de las estructuras anatómicas afectadas, lo que conducirá a una nueva alteración de la producción del habla natural.

La mayoría de las personas con tumores en estas zonas terminan utilizando el habla esofágica o el uso de la electrolaringe como sistema de comunicación; sin embargo, no se descarta el uso de comunicadores electrónicos y otros dispositivos generadores de habla artificial como CAA, temporal o permanentemente.

- **Deterioro cognitivo: demencia.** La demencia es un daño cognitivo adquirido y crónico que se caracteriza por déficits en la memoria y en al menos uno de los dominios cognitivos (lenguaje, función visoespacial, apraxia, dificultades en la toma de decisiones, funciones ejecutivas). El tipo más común de demencia es la enfermedad de Alzheimer (Beukelman y Mirenda, 2005). Una de las manifestaciones más significativas de los trastornos que implican deterioro cognitivo está relacionada con el déficit de comunicación, y teniendo en cuenta el elevado índice de institucionalización de estas personas, es imprescindible contar con unas estrategias para

Nota

Para más información se recomienda consultar el cuaderno n.º 6 «Estrategias de comunicación con el enfermo de Alzheimer», elaborado por la Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer de Navarra en: <https://www.alzheimeruniversal.eu/wp-content/uploads/2013/04/cuaderno6.pdf>

lograr una comunicación efectiva, tanto en el aspecto expresivo como en el comprensivo.

En los casos de deterioro cognitivo se recomienda proporcionar apoyo comunicativo a la persona usuaria cuando esta no encuentra la palabra adecuada para realizar una demanda. Algunos recursos recomendados son, por ejemplo, pedir que señale el objeto deseado o dar nombres de objetos hasta que este informe cuál es el deseado. Por otra parte, debido al deterioro cognitivo, se recomienda usar palabras y oraciones cortas, simples y conocidas, repitiendo la información tan a menudo como sea necesario y parafraseándola para asegurar la comprensión de los mensajes. Al mismo tiempo, se recomienda utilizar términos específicos, evitando palabras abstractas y priorizando el uso de nombres comunes y propios.

- **Discapacidad auditiva (sordera) adquirida.** Debido a infecciones crónicas del oído, operaciones, el uso de ciertos fármacos, la exposición excesiva al ruido o al envejecimiento, una persona puede ver imposibilitado el sentido del oído. Cuando se adquiere esta sordera, teóricamente, la persona usuaria habrá desarrollado el habla como un sistema de comunicación principal y tendrá que contar con un sistema de CAA únicamente para entender los mensajes de los interlocutores. Aunque en la mayoría de los casos las personas usuarias con sordera hacen cursos de lectura labial, a veces utilizan una variedad de sistemas de CAA, que van desde el uso de papel y bolígrafo, rotulador y pizarra de tipo velleda, o algún dispositivo electrónico para convertir los mensajes orales en texto (p. ej., la aplicación móvil «Transcripción instantánea»...).

La aplicación móvil «Transcripción instantánea» es una aplicación de accesibilidad creada para personas sordas y con deficiencia auditiva y que todo el mundo puede utilizar. Esta aplicación te permite participar más fácilmente en las conversaciones de tu entorno mediante la innovadora tecnología de reconocimiento de habla automática de Google, que transcribe en tiempo real el habla y el sonido como un texto en pantalla.

<https://play.google.com/store/apps/details?id=com.google.audio.hearing.visualization.accessibility.scribe&hl=ca>

- **Discapacidad auditiva y visual (sordoceguera) adquirida.** La sordoceguera adquirida es aquella que aparece después del nacimiento. Puede tener lugar desde la infancia hasta la tercera edad. En este grupo incluimos a:
 - Personas sordas, que posteriormente pierden la vista.
 - Personas ciegas, que posteriormente pierden la audición.
 - Personas que pierden la vista y la audición al mismo tiempo.

Hay que tener en cuenta que una persona con sordoceguera adquirida tiene un cierto conocimiento del mundo, más o menos en función de la edad de aparición, lo que significa que, en principio, tendrá más facilidad para adaptarse al entorno. Con la accesibilidad adecuada, el aprendizaje de CAA y la ayuda de ciertos dispositivos, estará en condiciones de asumir las actividades de la vida diaria de forma relativamente independiente.

Cabe destacar que la comunicación con una persona con sordoceguera adquirida es un gran desafío y varía dependiendo de cada caso. Se reco-

mienda tener el apoyo de un guía-intérprete o de un mediador especialista, quien recomendará cuáles son los sistemas de CAA más adecuados para cada persona (signos manuales, objetos reales, dactilología y/o escritura en la palma de la mano...).

4. Personas candidatas a usar CAA: uso de la CAA según la etapa evolutiva

En este tercer apartado del capítulo destinado a describir a las personas candidatas a utilizar CAA, se especificarán algunas consideraciones a tener en cuenta para diferenciar el trabajo de la CAA entre niños, jóvenes y personas adultas.

4.1. Uso de la CAA a nivel prelingüístico en atención temprana

La etapa prelingüística abasta el período desde el nacimiento hasta que el niño/a comienza a hablar. Por lo general, al final del primer año de vida, en los niños y niñas con desarrollo típico, se produce lo que las personas adultas consideran el comienzo del lenguaje: el uso de la primera o las primeras palabras. Pero la verdad es que el niños/a ya se ha estado preparando para este hito desde que nace.

El uso de la CAA puede proporcionar soluciones que ayuden durante los primeros pasos del desarrollo de la comunicación y el lenguaje a niños pequeños con graves limitaciones en el desarrollo. Cuando introducimos un sistema de CAA en un niño con dificultades en la comunicación y el lenguaje, el objetivo que nos proponemos es dotarlo de un sistema que facilite la comunicación con su entorno. Independientemente de que sepamos que el habla terminará siendo su principal sistema de comunicación en el futuro, si el habla no está presente en el momento en que debería haber aparecido o sabemos que el niño forma parte de un colectivo con posibles dificultades en el desarrollo del lenguaje (TEA, síndrome de Down...), deberemos contar con el apoyo de la CAA.

Nota

Debemos tener en cuenta que estos períodos descritos para los niños con desarrollo típico implicarán mucho más tiempo con niños y niñas con dificultades en el desarrollo de la comunicación y el lenguaje.

En las primeras etapas del desarrollo es extremadamente importante habilitar un sistema de CAA a un niño con dificultades en su expresión oral, ya que facilitará que el niño pueda comunicarse y, por lo tanto, pueda desarrollar el lenguaje y, en consecuencia, estructurar su pensamiento.

La primera comunicación, tanto en niños y niñas con desarrollo típico como con dificultades en la comunicación y el lenguaje, es no intencional, es decir, una comunicación unidireccional. El niño se comporta sin esperar nada del otro (llora, sonrío, mira...). No es hasta que el interlocutor da un sentido a estas conductas, que estas terminan convirtiéndose en intencionales.

El primer paso en el desarrollo de la comunicación y el lenguaje es el uso de la comunicación no hablada (uso de la mirada, interacción corporal, gesto), que facilita el posterior camino hacia la comunicación lingüística. Así pues,

como profesionales de la CAA debemos ayudar a un niño a entrenar los recursos comunicativos que tiene a su alcance, como por ejemplo su mirada, para enseñarle a elegir entre objetos reales (juguetes, comida, etc.). Estos ejercicios de mirada servirán para trabajar algunas habilidades previas necesarias para poder adquirir y posteriormente utilizar la CAA de manera funcional.

Del mismo modo, en las primeras etapas del desarrollo, el trabajo con la CAA se basa en ayudar al niño en la adquisición de habilidades cognitivas tempranas que posteriormente posibilitarán el lenguaje como las actividades de causa-efecto. Por ejemplo, durante este período, los/las profesionales de la comunicación y el lenguaje pueden ayudar a los niños y niñas a entender la causa-efecto. La comprensión de la causa-efecto ocurre gradualmente cuando comienzan a experimentar que «cada vez que hago X, me doy cuenta de que sucede Y». Todos estos comportamientos, obviamente, se incrementan con la planificación, el fortalecimiento y la repetición. En la medida de lo posible, se pide a los familiares que estructuren su día a día con secuencias estructuradas y planificadas de acción, y las acompañen con algún elemento simbólico (un objeto real, un pictograma...) con el fin de facilitarle a anticipar y estructurar su día a día.

Un niño usuario de CAA utiliza la elección de objetos reales para realizar demandas. Por ejemplo, le ofrecemos dos juguetes que le gustan mucho para elegir. La persona adulta le pregunta: «¿con qué quieres jugar?» y le hace un barrido de las dos posibilidades «CON LAS BURBUJAS» o con «EL SR. POTATO». El objetivo es que el niño, a través de la mirada, una expresión facial, o señalando, elija lo que quiere. Posiblemente, las primeras veces el niño o niña no sabrá qué elegir ni sabrá con exactitud qué sucede a continuación, pero con la práctica irá aprendiendo.

Además, gracias a la exposición del lenguaje de la persona adulta, comienzan a desarrollarlo en un mayor grado de simbolismo. En esta etapa la persona adulta no debe tener suficiente con el uso del habla, sino que debe acompañar su lenguaje oral con objetos reales, gestos, signos manuales y otros signos gráficos, para que se le ofrezcan al niño vías potenciales de imitación.

4.2. Uso de la CAA a nivel lingüístico en atención temprana

Cuando un niño con un desarrollo típico comienza a usar las primeras palabras, podremos decir que está en una etapa lingüística de desarrollo del lenguaje. Podemos afirmar lo mismo cuando un niño con dificultades en el desarrollo del lenguaje empieza a utilizar los primeros signos manuales o pictogramas como sistema de CAA.

Un niño de CAA utiliza sus primeras palabras (signos gráficos) para hacer demandas. Por ejemplo, nos encontramos con un tablero monográfico de comunicación donde aparecen los pictogramas de aquellos juguetes con los que puede jugar. La persona adulta le pregunta: «¿con qué quieres jugar?» y le hace un barrido de sus posibilidades «BURBUJAS, MUÑECA, COCHES O SR. POTATO». El objetivo es que el niño, a través de la mirada, una expresión facial, o señalando, indique con qué quiere jugar. Posiblemente, las primeras veces el niño o niña no sabrá qué elegir ni sabrá bien lo que sucede a continuación, pero con la práctica aprenderá cuáles son los pictogramas que representan los objetos que más le gustan.

El objetivo en esta etapa lingüística es desarrollar el lenguaje, es decir, aumentar el vocabulario expresivo y el vocabulario receptivo. Posteriormente, también interesa que incremente el uso de las funciones comunicativas y que el niño aprenda a afirmar o negar, participar en la toma de decisiones, exprese deseos y necesidades y mejore la comunicación en contextos reales de juego (por ejemplo, el juego de la muñeca, etc.).

En esta etapa, se recomienda usar tableros monográficos de cuentos para incrementar el vocabulario receptivo y, más adelante, para que el niño pueda usar el mismo vocabulario en un nivel expresivo. En la página web de UTAC podréis encontrar muchos tableros monográficos de cuentos:

<https://www.utac.cat/descarregues/plafons-monografics>

No es necesario contar con los cuentos pictografiados, sino con un tablero donde aparezca el vocabulario necesario para explicar el cuento. El/la logopeda explicará el cuento usando las ilustraciones y dando el modelo del vocabulario que va apareciendo y, poco a poco, retirará su apoyo y pedirá que sea la niña quien responda las preguntas que hace con el uso de pictogramas. Por ejemplo, «Oh, qué miedo, ¿quién apareció en el medio del bosque?», esperando que el niño señale el pictograma de «LOBO».

4.3. Uso de la CAA con niños en edad escolar

Una vez que el niño tiene un sistema de CAA funcional, este es su medio de expresión o el medio de apoyo para continuar desarrollando el habla.

En esta etapa se ayudará al niño a utilizar la CAA para diferentes funciones del lenguaje: inicialmente para hacer demandas de objetos, de contacto físico, de continuidad de la acción; posteriormente, para narrar acontecimientos presentes o pasados, para dar opiniones, para expresar sentimientos y, luego, para hacer preguntas, etc.

Asimismo, aunque en la etapa anterior nos interesaba, principalmente, incrementar el léxico, en esta etapa, la CAA será un elemento clave para desarrollar morfología y sintaxis y, será el medio que nos ayudará a empezar a trabajar la lectoescritura con la niña, que se considera un objetivo a priorizar con una persona usuaria de CAA. Además, el sistema de CAA elegido será un recurso muy importante para facilitar el acceso en el currículum y los aprendizajes durante la etapa escolar, con las adaptaciones necesarias.

A partir del hecho de que una persona adquiera o no la lectoescritura dependerá que pueda utilizar adecuadamente un sistema de CAA alfabético, que le proporcionará muchas ventajas y aliviará más la comunicación que a través de un sistema de CAA pictográfico.

4.4. Uso de la CAA en la etapa adulta

Si una persona usuaria tiene una discapacidad congénita y un sistema de CAA establecido desde su infancia y hace un uso adecuado de este, durante la etapa adulta el sistema de CAA seguirá utilizándose como un medio aumentativo o

alternativo a su habla. Solo será necesario ofrecerle los ajustes necesarios en el momento en que haya algún cambio en algún aspecto de su desarrollo o cuando tenga que incorporarse nuevo léxico, en el caso de que utilice una CAA con pictogramas.

Hoy en día, con demasiada frecuencia nos encontramos con personas con discapacidad congénita a las que, por diversas razones, no se les ha proporcionado un sistema de CAA desde su infancia. Con estas personas deberemos priorizar que puedan adquirir y utilizar un sistema de CAA para desarrollar funciones lingüísticas básicas, hacer demandas y expresar opiniones, estados de ánimo, etc., porque apenas podrán adquirir un lenguaje elaborado en etapas avanzadas de su desarrollo. En estos casos se deberá pensar muy bien en el vocabulario que se deberá incorporar en el panel, que tiene que ser altamente motivador y funcional.

En tercer lugar, también tenemos que pensar en el uso de la CAA con personas con cualquier tipo de discapacidad adquirida (traumatismos causados por accidentes, enfermedades neurológicas o musculares progresivas, afasia...). En estos casos, la CAA será un medio de expresión alternativo o aumentativo a la lengua oral, que se encuentra momentánea o definitivamente afectada. En la mayoría de estos casos, menos en el caso de las afasias, las personas usuarias cuentan con las competencias lingüísticas preservadas, lo que les permitirá utilizar un sistema de CAA alfabético, más ágil que un sistema de CAA pictográfico.

Nota

Para conocer la evolución del uso de la CAA a lo largo del desarrollo de una persona con parálisis cerebral, véase el caso práctico planteado en el módulo 6 de este manual.

Bibliografía

American Psychiatric Association (2014). *DSM-5: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.

Beukelman, D. R., Fager, S., Ball, L. y Dietz, A. (2007). AAC for adults with acquired neurological conditions: A review. *Augmentative and Alternative Communication*, 23(3), 230-242.

Beukelman, D. y Mirenda, P. (2005). *Augmentative and Alternative Communication* (3.ª ed.). Baltimore: Paul H. Brookes.

Howlin, P., Savage, S., Moss, P., Tempier, A. y Rutter, M. (2014). Cognitive and language skills in adults with autism: a 40-year follow-up. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 55(1), 49-58.

Lund, S. K., Quach, W., Weissling, K., McKelvey, M. y Dietz, A. (2017). Assessment with children who need augmentative and alternative communication (AAC): Clinical decisions of AAC specialists. *Language, speech, and hearing services in schools*, 48(1), 56-68.

Ramírez Flores, M. y Ostrosky-Solís, F. (2009). Atención y memoria en pacientes con parálisis cerebral infantil. *Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias*, 9(1), 55-64.

Tetzchner, S. von y Martinsen, H. (1992). *Introducción a la enseñanza de signos y al uso de ayudas técnicas para la comunicación*. Madrid: Antonio Machado Libros.

