

# **Utilización de técnicas de comunicación alternativa y aumentativa**

La comunicación es un elemento básico en el desarrollo de la persona y un factor clave en el proceso de desenvolvimiento e integración social.

En ocasiones, las personas con las que trabaja el profesional pueden tener limitaciones estructurales y funcionales vinculadas a diferentes trastornos, que les impiden comunicarse a través del lenguaje verbal oral y escrito. Por este motivo, es importante que aprenda a valorar el proceso de comunicación y que adquiera los conocimientos necesarios para enfrentarse a las limitaciones y eliminar las barreras de comunicación que puedan existir durante la interacción.

Es posible que algunos de estos usuarios utilicen sistemas de comunicación alternativa y aumentativa que sustituyan o complementen al lenguaje oral. Solo conociendo los recursos y las estrategias de comunicación que existen, podrá realmente comunicarse de manera efectiva y favorecer la relación social de las personas con las que trabaje.

Los progresos en la ciencia y en la tecnología han influido notablemente en el desarrollo de nuevas ayudas para las personas con alguna limitación en el proceso de comunicación. Estos nuevos medios cada vez son más completos, ligeros, manejables e intuitivos. Sin embargo, no todo está hecho y se sigue investigando para mejorar e inventar otras ayudas técnicas.

## **1. Necesidades especiales de comunicación.**

Las limitaciones en las estructuras corporales y las funciones implicadas en el proceso de comunicación son muy variadas. Sin embargo, todas las alteraciones tienen en común que están relacionadas con problemáticas que afectan a aspectos lingüísticos relacionados con la comprensión, la decodificación, la expresión o la producción de mensajes y también con aspectos intelectuales y de la personalidad.

Estas alteraciones afectan a la dimensión psicológica y social de la persona e inciden de manera acusada en su calidad de vida. La incidencia del trastorno en las relaciones sociales y en el desarrollo de todas las actividades que implican procesos de interacción genera necesidades especiales de comunicación.

Se entiende por necesidad especial de comunicación aquella situación en la que una persona, ya sea de manera temporal o permanente, tiene dificultades a la hora de comunicarse.

Tanto en la adquisición y desarrollo del lenguaje como en la emisión del habla, intervienen complicados procesos y sistemas, tales como:

- El sistema auditivo. La percepción correcta de sonidos permite la emisión adecuada del habla.
- El aparato fonador. Convierte el aire proveniente de los pulmones en sonidos apropiados para la comunicación humana.
- El sistema nervioso central. Existen áreas cerebrales que se encargan específicamente de la producción del lenguaje y la articulación del habla.

Cuando alguna de estas áreas o procesos se ve afectada, el sujeto pierde la capacidad para comunicarse en su vida social. Es entonces cuando surgen las necesidades especiales de comunicación; es decir, la necesidad de adquirir un código lingüístico alternativo que permita al individuo acceder a la interacción social, recibir informaciones y expresar sentimientos e ideas.



11. Indica, según tu opinión, si son verdaderas o falsas las siguientes afirmaciones:

- Los signos son «el idioma universal» que permite paliar de forma temporal las dificultades de comunicación.
- Los sistemas de comunicación alternativa y aumentativa ayudan a las personas con limitaciones cognitivas.
- Es necesario que el discurso del profesional se adecue y adapte a las capacidades de cada usuario.
- Las minorías étnicas pueden tener necesidades especiales de comunicación.

## 1.1. Principales trastornos de la comunicación y el lenguaje.

Los principales trastornos de la comunicación y el lenguaje pueden afectar aspectos concretos implicados en ellos (la articulación de sonidos, la voz o la fluidez) o a procesos para su adquisición o desarrollo. Igualmente, pueden deberse a factores; o bien a patologías o síndromes (autismo, Parkinson, esclerosis múltiple...) o a déficits sensoriales (auditivos, visuales...).

### 1.1.1. Trastornos del habla.

- Trastornos de la articulación del habla.
  - Dislalias. Las dislalias son alteraciones en la articulación de uno o varios fonemas. No se halla vinculado a patologías del sistema nervioso central, sino a alteraciones funcionales de los órganos periféricos del habla. No es corregible sin intervención especializada.
  - Diglosias. Alteración de la articulación debido a determinadas anomalías o malformaciones de los órganos del habla: labios, lengua, paladar, etc. de origen no neurológico.
  - Disartrias. Trastorno de la articulación del habla debido a alteraciones del control muscular de cara y boca debidas a lesiones en el sistema nervioso. Se caracteriza por la dificultad para expresar sonidos o palabras.
  - Rinolalias. Alteración en la articulación de algunos fonemas, o ausencia total de ellos, por deficiencias en la inervación del velo del paladar, por falta de funcionalidad del mismo o por procesos que provocan oclusión nasofaríngea.
- Trastornos de la fluidez del habla.
  - Disfemias (tartamudez). Alteración funcional del lenguaje sin anomalías en los órganos de la fonación. Se caracteriza por tropiezos, prolongaciones de los elementos del habla, espasmos y repeticiones debidas a una imperfecta coordinación de las funciones ideomotrices cerebrales. Estos síntomas tienden a acentuarse cuando existe mayor presión social en la comunicación.
  - Taquifemia. Alteración del habla que se caracteriza por la rapidez excesiva de la palabra, la omisión de sílabas o sonidos y la articulación imprecisa de los fonemas.
  - Mutismo. Inhibición del habla en una, varias o muchas situaciones sociales, a pesar de estar capacitado para hablar y comprender el lenguaje. Algunos afectados pueden comunicarse mediante gestos, con afirmaciones o negaciones, con movimientos de cabeza o, en algunos casos, utilizando monosílabos o expresiones cortas. El rechazo a hablar no está vinculado a un déficit grave del lenguaje o a otro trastorno mental.

Es muy importante para la rehabilitación de los pacientes con alteraciones del habla ejercitar los órganos fonoarticulatorios, así como el control respiratorio.

- Para ejercitar los órganos fonoarticulatorios:
  - Movimientos de la cabeza: sí-no, oreja-hombro, giro completo izquierda + derecha, hombros arriba + abajo, hombros rotación.
  - Músculos de la cara: risa, llanto, alegría, tristeza, miedo, asombro, guiños, elevación de mejillas...
  - Mandíbula: movimientos rítmicos de ascenso y descenso; morder alternativamente labio inferior y superior; y sostener con los dientes elementos de distinto grosor de forma suave y fuerte.
  - Mejillas: inflar las mejillas; realizar movimientos de enjuague bucal; empujar con la lengua las mejillas hacia afuera...
  - Velo del paladar: bostezar, toser, hacer gárgaras, carraspear, inspirar aire por la nariz y espirar alternativamente por la nariz y la boca...
  - Labios: sonrisa con labios juntos y separados; proyectar los labios fruncidos; sostener elementos entre labio superior y nariz; sorber líquidos con pajitas...
  - Lengua: mantener la lengua plana dentro de la boca abierta; lamer los labios; tocar las comisuras labiales sin mover labios ni mandíbula; hacer vibrar la lengua entre los labios...
- Para ejercitar el control respiratorio:
  - Tomar aire por la nariz y expulsarlo lentamente por la boca.



- Inspirar al mismo tiempo que elevamos los brazos y abrimos las aletas de la nariz.
- Tomar aire rápidamente y soltarlo lentamente.
- Dar a la persona a oler, con los ojos tapados, diferentes materiales.
- Soplar velas sin apagarlas.
- Jugar con el matasuegras y soplar a diferentes intensidades.
- Inflar globos, etc.



12. Investiga y une con flechas las distintas alteraciones del habla con sus definiciones:

Dislalia funcional	Causada por la mala discriminación de los distintos fonemas
Disfemia clónica	Parálisis de los nervios periféricos
Dislalia audiógena	Fisuras palatinas, el paladar corto o el velo largo.
Disartrias periféricas	Se debe a un mal funcionamiento de los órganos articulatorios.
Disglosias palatales	Repetición compulsiva de una sílaba o grupo de sílabas durante la emisión de una frase.

### 1.1.2. Trastornos de la voz.

- Disfonía. Trastorno de la voz de origen orgánico o funcional que afecta a una o más de las características acústicas de ésta: timbre, tono o intensidad. Su manifestación esencial es el enronquecimiento del timbre de la voz: el habla es forzada con una excesiva tensión en los músculos de cara, cuello, hombro o tórax. La respiración suele ser torácica superficial y el

flujo aéreo espirado débil. Esta alteración puede ser temporal o permanente. Entre sus causas están la existencia de nódulos, pólipos, laringitis (catarral, gripal, aguda o seca), asimetrías, úlceras de contacto, parálisis, laringectomizados...

El profesional de la atención sociosanitaria debe tener presente que las personas que padecen disfonías deberán asumir ciertas prohibiciones referidas a comportamientos y situaciones y al consumo de determinadas sustancias, tales como:

- Consumir tabaco.
  - Consumir alcohol.
  - Tomar bebidas frías o muy calientes.
  - Abusar de comidas condimentadas.
  - Exponerse a corrientes de aire.
  - Permanecer en ambientes de aire enrarecido.
  - Exponerse a grados altos de humedad.
  - Pasar de ambientes calurosos a fríos y viceversa.
  - Discutir.
  - Levantar peso.
  - Carraspear.
  - Toser.
  - Forzar defecación.
  - Obsesionarse.
  - Estados de nerviosismo.
  - Gritar.
  - Susurrar.
  - Hablar mucho, alto o deprisa.
- Afonía. Incapacidad total para producir los sonidos del habla que requieren el uso de la laringe y que no se debe a una lesión del sistema nervioso central. Puede tener origen psíquico.

### ***1.1.3. Trastornos del desarrollo del lenguaje.***

- Retraso del habla. Desfase significativo en la aparición (comienzo tardío) y en el desarrollo de la expresión (evolución lenta) no relacionada con retraso mental, con trastorno generalizado del desarrollo, déficit auditivo, o con trastornos neurológicos. No es un trastorno de la articulación fonética, ya que el afectado puede pronunciar sonidos aislados y grupos de sonidos; pero sí de estructuración fonológica, pues las dificultades se manifiestan en la ordenación y diferenciación de las palabras. No se manifiestan alteraciones en la comprensión ni en la actividad no lingüística.
- Retraso del lenguaje. Aparición tardía o desarrollo lento de todos los niveles del lenguaje (fonológico, morfosintáctico, semántico y pragmático) que afecta sobre todo a la expresión y, en menor medida, a la comprensión. No se debe a un trastorno generalizado del desarrollo, ni a déficit auditivo o trastornos neurológicos. Se diferencia del retraso del habla en que en este último sólo está afectado el nivel fonológico del lenguaje.
- Disfasia. Déficit en el lenguaje tanto a nivel comprensivo como expresivo, sin que exista un trastorno generalizado del desarrollo, déficit intelectual, auditivo o un trastorno neurológico. Se caracteriza por un retraso cronológico en la adquisición del lenguaje y por importantes dificultades específicas para la estructuración del mismo, produciéndose, así, conductas verbales anómalas. Resulta difícil establecer la frontera entre retraso del lenguaje y disfasia, aunque ésta última destaca por su gran lentitud en la evolución y en la respuesta a la intervención pedagógica, mientras que el retraso del lenguaje tiene una recuperación más acelerada, una respuesta positiva a la intervención y se encuentra menos afectada la comprensión.

El protocolo general de intervención en disfasias va a depender de cada sujeto específicamente, ya que algunos van a necesitar rehabilitación del área expresiva, otros del área comprensiva, y otros de la vertiente pragmática (uso del lenguaje).

Antes de llevar a cabo una intervención, es necesario realizar una evaluación de las habilidades y dificultades presentes en el paciente disfásico. Éstos se pueden clasificar, en líneas generales, en dos grupos:

- Sujetos sin lenguaje oral. La intervención deberá orientarse a la facilitación de la intención comunicativa, así como a entrenar al sujeto en sistemas de comunicación alternativa y aumentativa (Bimodal, SPC)
- Sujetos con lenguaje oral. La intervención irá encaminada a mejorar la calidad y la cantidad de las producciones verbales.

#### ***1.1.4. Trastornos adquiridos del lenguaje.***

- Afasias.

La afasia constituye un trastorno del lenguaje que afecta tanto a la expresión como a la comprensión del mismo. Es de tipo adquirido y puede estar causado por lesiones, traumatismos o enfermedades de los sectores cerebrales implicados en el lenguaje (las zonas del cerebro que participan en los procesos de expresión y comprensión lingüística son el área de Broca, el área de Wernicke y la corteza auditiva primaria).

Las afasias se clasifican en diversos tipos, según las disfunciones lingüísticas que provocan:

- Afasia de Broca: el sujeto presenta importantes alteraciones en la producción del lenguaje.
- Afasia de Wernicke: las disfunciones más significativas aparecen a nivel comprensivo.
- Afasia de conducción: produce las denominadas repeticiones lingüísticas.
- Afasia nominal: el síntoma más llamativo es la anomia; es decir, aunque el paciente puede recordar la palabra que necesita, es incapaz de expresarla verbalmente.
- Afasia global: es la más grave, ya que surgen alteraciones tanto a nivel de comprensión como de producción verbal.
- Afasia mixta: cuando se combinan varios síntomas de los citados anteriormente.

#### ***1.1.5. Trastornos en la adquisición y desarrollo (aprendizaje) del lenguaje.***



- Trastorno en la adquisición y desarrollo de la lectura (dislexia). Dificultad en la adquisición o dominio de la lectura, en mayores de ocho años, no vinculada a absentismo escolar, a déficit intelectual ni a daños orgánicos.

- Trastornos en la adquisición y desarrollo de la escritura. Dificultades en la realización de los trazados gráficos que requiere la

escritura; retraso y errores frecuentes en la escritura (omisiones, sustituciones, adiciones e inversiones) en mayores de 8 años escolarizados y no vinculados a baja capacidad intelectual ni a lesión o trastorno neurológico. Son los siguientes:

- Disortografía. Serias dificultades a la hora de respetar la estructuración gramatical del lenguaje (faltas de ortografía en palabras familiares y omisiones o cambios en artículos y acentos). En los casos más graves pueden aparecer omisiones de sílabas completas, cambios de letras o confusión entre ellas.

- Disgrafía. Los textos escritos de los sujetos afectados pueden resultar indescifrables. Se adoptan posturas poco convencionales para la escritura, la sujeción del bolígrafo no se realiza de forma correcta y falla la velocidad y presión de la escritura. Además, la letra puede ser excesivamente grande o pequeña; el espaciado entre palabras y letras puede ser demasiado pronunciado o demasiado apiñado; y, normalmente, se detectan enlaces erróneos entre palabras.
- Trastorno en la adquisición y desarrollo del cálculo (discalculia). Dificultades específicas en el proceso de aprendizaje del cálculo y en el procesamiento numérico en sujetos de inteligencia normal, escolarizados y sin antecedentes de lesión neurológica

### ***1.1.6. Alteraciones del lenguaje y la comunicación asociada a síndromes complejos.***

- Síndrome de Rett. Se trata de un trastorno neurológico, con base genética, que lleva a una regresión en el desarrollo, especialmente en las áreas del lenguaje expresivo y en la coordinación motriz. Afecta casi exclusivamente a niñas y produce una grave dependencia.
- Síndrome Desintegrativo Infantil. Se caracteriza por una regresión profunda en varias áreas de funcionamiento, tras aproximadamente 3 ó 4 años de desarrollo normal. Previamente, se puede observar una fase de malestar al que se asocia la presencia de irritabilidad, inquietud, ansiedad y una relativa hiperactividad; esta etapa va seguida por la pérdida del habla y del lenguaje, de las habilidades sociales, de alteración de las relaciones personales, de pérdida de interés por los objetos e instauración de estereotipias y manierismos. Este proceso de deterioro se extiende a lo largo de varios años.
- Trastorno del Desarrollo no Especificado. Alteración grave y generalizada del desarrollo de la interacción social recíproca o de las habilidades de comunicación no verbal; o aparición de comportamientos, intereses y actividades estereotipadas. No se cumplen los criterios de ningún trastorno generalizado del desarrollo.
- Síndrome de Asperger. Trastorno caracterizado por la ausencia de habilidades sociales, dificultades para la interacción social, coordinación y concentración disminuidas, intereses muy focalizados en pocos ámbitos, pero con un nivel de inteligencia normal y sin alteraciones de importancia a nivel lingüístico.
- Autismo. Trastorno generalizado del desarrollo que afecta significativamente a todas las áreas: interacción social, comunicación verbal y no verbal, socioemocional, y cognitiva. Vinculadas al área de la comunicación y lenguaje encontramos alteraciones como: deterioro cualitativo en los patrones de comunicación verbal y no verbal, así como en la actividad imaginativa; retraso en todos los aspectos lingüísticos, destacando la falta de intención comunicativa; disminución de la capacidad de comunicación y bajo nivel de comprensión lingüística. Otras características esenciales son déficit en los patrones de interacción social recíproca, que es independiente del nivel de desarrollo intelectual; y falta de flexibilidad mental, que da lugar a la existencia de un conjunto de actividades e intereses repetitivos, restringidos y estereotipados.

Las principales alteraciones del lenguaje en la persona autista son:

- Incapacidad para descodificar el lenguaje recibido por vía auditiva; no se compensa con un esfuerzo para comunicarse mediante elementos no verbales (dibujos, gestos, etc.).
- Pobreza semántica y gramatical acompañada de una vocalización deficiente.
- Incapacidad de recordar la palabra adecuada al concepto o a la idea.
- Alteración del uso social o comunicativo del lenguaje. Los aspectos prácticos del lenguaje se basan en las habilidades lingüísticas, pero también en la capacidad de comunicación y en la dificultad o facilidad para interpretar el pensamiento del interlocutor.

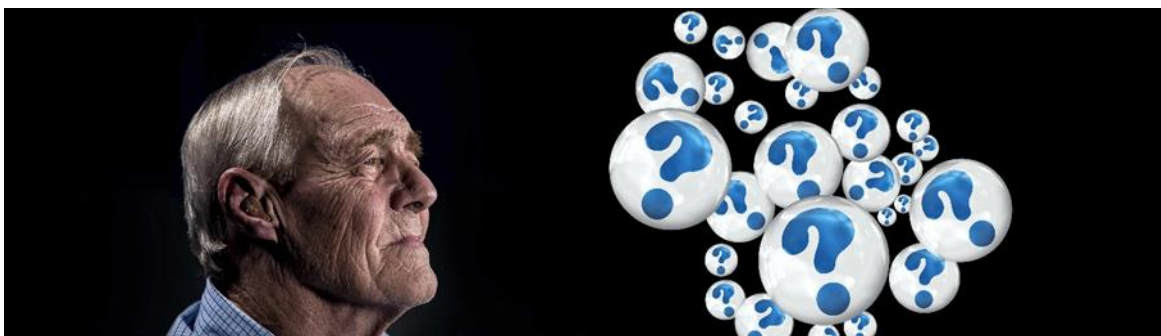
El profesional de atención sociosanitaria en su intervención con personas autistas debe procurar:

- Un clima afectivo, donde la comunicación de los sentimientos y la información al autista sea reposada y tranquila; un tono de voz algo serio o elevado puede provocar rechazo.
- Un ambiente previsible y controlado. Los posibles cambios se le han de comunicar por adelantado. En la medida en que tolere los contratiempos se podrán introducir novedades.
- Situaciones de éxito para superar el déficit de tolerancia a la frustración.
- Un aprendizaje estructurado y acorde con su nivel de desarrollo intelectual. Puede haber o no retraso a este respecto, si no lo hay puede aprender igual que cualquier persona.
- Una comunicación llena de paciencia para dar al autista el tiempo necesario para elaborar la respuesta. El profesional debe primar la comunicación por encima de las maneras que utilice el usuario en que lo haga.
- Una estrecha cooperación en las actividades que sirvan para el desarrollo del autista. Por ejemplo, realizar puzzles o murales conjuntamente y de este modo fomentar la comunicación durante su desarrollo.

### ***1.1.7. Alteraciones del lenguaje y la comunicación asociadas a síndromes orgánicos.***

- Demencias (por ejemplo, Alzheimer).  
Alteración adquirida y degenerativa cerebral primaria, de etiología desconocida, que presenta rasgos neuropatológicos y neuroquímicos característicos.  
Las manifestaciones principales de los múltiples déficits cognoscitivos son:
  - Deterioro de la memoria: deterioro de la capacidad para aprender nueva información o recordar información aprendida previamente.
  - Afasia: alteración del lenguaje.
  - Apraxia: deterioro de la capacidad para llevar a cabo actividades motoras, a pesar de que la función motora está intacta.
  - Agnosia: fallo en el reconocimiento o identificación de objetos, a pesar de que la función sensorial está intacta.
  - Alteración de la ejecución; por ejemplo, planificación, organización, secuenciación y abstracción.

Estos déficits cognoscitivos provocan un deterioro significativo de la actividad laboral o social y representan una merma importante del nivel previo de actividad.





- Parkinson.  
Desorden crónico, degenerativo y progresivo de la parte del cerebro encargada de controlar el sistema motor y se manifiesta con una pérdida progresiva de la capacidad de coordinar los movimientos. La sintomatología principal incluye:
  - Temblor de reposo.
  - Lentitud en la iniciación de movimientos.
  - Rigidez muscular e inestabilidad postural.Las personas enfermas de párkinson empiezan a notar que su enfermedad afecta a la comunicación cuando perciben los primeros síntomas, que son los siguientes:
  - Se les vuelve la voz ronca y monótona.
  - Tienen titubeos antes de empezar a hablar.
  - Les cuesta pronunciar algunos fonemas.
  - Comienzan a hablar muy rápido, lo que conlleva la omisión de muchos sonidos.

Existen muchos ejercicios que mejorarán todos estos aspectos. Hay que ayudar y animar a que se hagan siempre que se pueda. Lo más importante es que haya una buena relajación, ya que una de las consecuencias de la enfermedad es la rigidez de los músculos.

Los ejercicios más aconsejables para paliar los efectos de la enfermedad en la voz son leer poemas en voz alta, contar en alto, cantar y hacer movimientos exagerados cuando se habla. La vocalización excesiva y hablar moviendo mucho los labios y la boca ayudan a la relajación de los músculos fonadores, lo que facilita el habla.

También se debe poner especial atención a la respiración ya que hace posible la fonación, además de practicar unas pautas de actuación que ayudan a mejorar la comunicación.

El profesional puede seguir una serie de instrucciones en su relación con el enfermo de párkinson:

- No dejar de mirar al interlocutor. Esto ayudará a captar, además del mensaje hablado, la información no verbal que servirá en la comprensión completa del mensaje.
  - No gritar ni subir el volumen de la voz a no ser que haya problemas de audición.
  - Hacer saber a la persona que se le está comprendiendo.
  - Ser paciente. Hay que darle el tiempo que necesite para comunicarse, respetar los turnos de conversación, no adelantarse y estar atento hasta el final de la conversación.
  - Pedir palabras clave que ayuden a contextualizar la información si no se comprende bien.
  - Pedir que se repita lo que no se haya entendido.
- Esclerosis múltiple (EM).  
Es una enfermedad del sistema nervioso central, crónica, y a menudo incapacitante. Las fibras del sistema nervioso central se hallan envueltas de un material compuesto de proteínas y grasa al que se denomina mielina. La EM se caracteriza por la pérdida de esta mielina en distintas áreas, lo que va a dar lugar a la formación de placas de desmielinización o cicatrices (esclerosis). La localización de estas placas determinará el tipo y extensión de los síntomas.  
Se han descrito diferentes maneras de evolución de la enfermedad, según las cuales se definen varios tipos de EM:
  - EM remitente-recurrente. Esta forma es la que se presenta con mayor prevalencia. Suele iniciarse de forma asintomática, aunque se estén produciendo las lesiones en el SNC.  
Padecen brotes que pueden durar días o semanas, para remitir a continuación.
  - EM progresiva-secundaria. Se considera que un sujeto ha llegado a esta fase cuando la remisión entre brotes no es total y la discapacidad persiste o empeora en el tiempo.
  - EM progresiva-primaria. En este tipo no existen brotes propiamente, pero sí un comienzo lento e insidioso y un empeoramiento permanente de la sintomatología.

No existen fases de remisión, sólo periodos de mayor estabilidad y mejorías pasajeras.

- EM progresiva-recidivante. Es una forma poco frecuente de la enfermedad. Aunque hay progresión desde el inicio, también se presentan brotes muy agudos.

Los resultados de la desmielinización son muy diversos y únicos en cada individuo, también variarán según el momento y, además, dependerán de las áreas cerebrales que se encuentren lesionadas.

Por otro lado, no todas las personas van a experimentar la sintomatología completa. Estos síntomas pueden manifestarse durante días o incluso meses, para luego disminuir o remitir.

Entre los síntomas más frecuentes de la EM, se encuentran:

- Fatiga.
- Trastornos de tipo visual (pérdida de visión, neuritis óptica).
- Dificultades en el equilibrio y la coordinación.
- Temblor.
- Entumecimiento.
- Rigidez o espasticidad.
- Alteraciones en la sensibilidad (respecto al calor...).
- Dolor y dolor crónico.
- Disfunciones intestinales y de vejiga.
- Disfagia (dificultad para tragar).
- Deterioro de la función cognitiva y alteraciones emocionales (depresión, problemas en la sexualidad).

Vinculados específicamente con la comunicación y el lenguaje, pueden citarse:

- Disartria, que se manifiesta en habla lenta o palabras arrastradas.
- Cambios en el ritmo de las producciones orales.

Cuando haya que comunicarse con una persona con esclerosis múltiple se debe saber que también puede tener problemas de audición, ya que una de las consecuencias de la enfermedad es la pérdida auditiva. Al principio de la enfermedad solo hay que subir un poco el volumen de la voz y esforzarse en entender.

- Deficiencias intelectuales (retraso mental).

Capacidad intelectual significativamente inferior al promedio: un Coeficiente Intelectual (CI) de, aproximadamente, 70 o inferior, así como déficit o alteraciones de ocurrencia en la actividad adaptativa actual (eficacia de la persona para satisfacer las exigencias planteadas para su edad y su grupo cultural) en, al menos, dos de las áreas siguientes: comunicación personal, vida doméstica, habilidades sociales-



interpersonales, utilización de recursos comunitarios, autocontrol, habilidades académicas funcionales, trabajo, ocio, salud y seguridad. Todo ello con un inicio anterior a los 18 años. Los niveles generalmente aceptados, y que son los que van a determinar la gravedad del trastorno, son:

- Retraso mental leve: CI entre 50-55 y aproximadamente 70.
- Retraso mental moderado: CI entre 35-40 y 50-55.

- Retraso mental grave: CI entre 20-25 y 35-40.
- Retraso mental profundo: CI inferior a 20-25.

El profesional debe considerar en su actuación las actuaciones orientadas a:

- La comunicación: lo importante es comunicarse, no cómo.
  - El desarrollo de la autoestima y la inteligencia emocional.
  - El principio de autonomía y el desarrollo social.
- Deficiencias motoras (parálisis cerebral).  
Trastorno neuromotor no progresivo debido a una lesión o una anomalía del cerebro en proceso de desarrollo. La parálisis cerebral no permite o dificulta los mensajes enviados por el cerebro hacia los músculos, obstaculizando el movimiento de éstos. A este trastorno se pueden relacionar otros de tipo sensorial, perceptivo y psicológico.  
Los síntomas más importantes son las alteraciones del tono muscular y el movimiento, pero se pueden asociar otras manifestaciones.  
Las dificultades en la comunicación asociadas comúnmente a las parálisis cerebrales son:
    - Disartrias: trastorno motor del habla por lesión del SNC o de nervios periféricos que abarca alteraciones motrices de respiración, fonación, articulación, resonancia y prosodia.
    - Trastornos motores en el área oro-linguo-facial.
    - Mímica estereotipada en la fonación.
    - Trastornos de la voz: extinción, implosión y nasalización.
    - Trastornos de cadencia: entrecortada y explosiva.Las posibilidades comunicativas de estas personas dependerán de su desarrollo cognitivo, pero también, en gran medida, de su capacidad para controlar los órganos fonadores; por otro lado, las dificultades lingüísticas se asocian a la disfagia.

### ***1.1.8. Alteraciones del lenguaje y la comunicación en personas con déficits sensoriales.***



- Déficit auditivo.

Se denominan así a las disfunciones o alteraciones cuantitativas para una correcta percepción auditiva. Se integran en ellos desde la hipoacusia (disminución de la capacidad auditiva que permite la adquisición del lenguaje oral por vía auditiva), hasta la pérdida total de la audición, también llamada cofosis o sordera (el lenguaje no se puede adquirir por vía oral, pero sí por vía visual).

Pueden establecerse diferentes clasificaciones de las hipoacusias y sorderas atendiendo al lugar en el que está localizada la lesión y al grado de pérdida o momento de aparición de la hipoacusia.



En este último caso, hablaremos de sordera postlocutiva en los casos en los que la pérdida auditiva se produce después de haber adquirido lenguaje oral; y prelocutiva si dicha pérdida aparece previa a la adquisición del lenguaje.

Una persona cuyo umbral de audición tenga un valor mayor de 20 decibelios (dB) (es decir, todos aquellos sonidos que se emitan por debajo de 20 decibelios no los percibe) tiene una pérdida auditiva.

Los trastornos del lenguaje vinculados a déficit auditivos más usuales son:

- Deficiencias de articulación, léxico y estructuración.
- Alteraciones del ritmo del habla, timbre de la voz (ronco, monótono) y nasalizaciones.
- Anomalías en la fonación y ritmo irregular.
- Dificultades en el aprendizaje de la lectoescritura.

El profesional de atención sociosanitaria trabajará con muchas personas con problemas de audición. Las personas que no oyen bien son

conscientes de ello y no les gusta que la gente exagere demasiado cuando vocaliza o que les griten.

Las pautas que debe seguir a la hora de comunicarse con ellas son las siguientes:

- Avisar cuando se vaya a hablar con ellas y decir cuál es el tema de conversación y si se cambia.
- Hablar cerca, de frente, a su altura y con el rostro iluminado.
- No hablar deprisa ni demasiado despacio.
- No gritar.
- No tener nada en la boca mientras se habla y no ponerse nada delante de los labios.
- Intentar ser expresivo sin exagerar ni gesticular excesivamente.
- Hablar con frases sencillas, completas, claras, que sigan un orden lógico.



13. Completa las frases acerca de los trastornos del habla y de la audición:

sordera profunda, afasia, disfasia

- La \_\_\_\_\_ es una patología que afecta al desarrollo o evolución normal del lenguaje.
- La \_\_\_\_\_ es una alteración del lenguaje a causa de una lesión a nivel cerebral, específicamente en las áreas de Broca y de Wernicke.

- La \_\_\_\_\_ es el grado de pérdida de audición que genera más problemas de comunicación.



14. Investiga y escribe los tipos de sordera que existen según el grado de pérdida auditiva.

- Déficit visual.

Pérdida de visión que imposibilita o dificulta de manera importante a la persona el acceso a la información; o presenta deficiencias, por esta causa, en alguna de las habilidades adaptativas necesarias para su plena integración en la sociedad. Implican desde la ausencia total de visión (ceguera), hasta otras afecciones visuales que no son totales pero que suponen una dificultad para ciertas actividades.

Las causas de la deficiencia visual son diversas, en función del proceso que se vea implicado (la visión no es función que dependa únicamente del ojo) y del origen de la lesión. Así, podemos agruparlas en las que son de origen hereditario o congénito y las que se deben a enfermedades adquiridas (en este último caso, tiene gran importancia el momento en que aparece la enfermedad, ya que en función de éste el sujeto tendrá más o menos experiencias visuales).

Según el grado de deficiencia visual existen:

- Ciegos totales: no han visto nunca imagen ni luz.
- Ciegos parciales: mantienen alguna capacidad para percibir la luz, contornos, matices de color, etc.
- Sujetos de baja visión: tienen un resto visual y pueden ver a escasos centímetros.

- Sordoceguera.

Discapacidad generada por la combinación de déficit de visión y déficit de audición que se manifiesta en mayor o menor grado. Algunas personas sordociegas son totalmente sordas y ciegas, mientras que otras tienen restos auditivos o visuales.

En todo caso, el efecto de incomunicación y desconexión con el mundo que produce la combinación de las dos deficiencias es tal, que la persona sordociega tiene graves dificultades para acceder a la información, a la formación, a la capacitación profesional, al trabajo, a la vida social y a las actividades culturales.

Se pueden distinguir dos tipos de sordoceguera.

- La sordoceguera congénita. Los problemas de audición y de visión se presentan desde el nacimiento de la persona o antes de que el habla se desarrolle (en la etapa prelingual, antes de los dos años). Esta situación de aislamiento comunicativo y de dificultad de acceso a la información del entorno imposibilita a la persona un desarrollo madurativo normal, así como la adquisición del lenguaje. Entre las principales causas podemos citar: los nacimientos prematuros, la meningitis, y síndromes diversos como Charge, Opitz...
- La sordoceguera adquirida a lo largo de la vida. Las causas de la pérdida de audición y visión se presentan después del período de adquisición del lenguaje. El momento de desarrollo de la sordoceguera es de vital importancia, ya que en función del mismo las posibilidades de que la persona se desarrolle con normalidad serán mayores o menores. Una de las causas más importantes es el síndrome de Usher.





15. Define Necesidad Especial de Comunicación. A continuación, une con flechas cada Trastorno de Comunicación indicado con sus características:

Afasias	Discapacidad generada por la combinación de déficit de visión y audición que se manifiestan en mayor o menor grado. Produce a la persona graves dificultades para acceder a todos los ámbitos de la vida social.
Sordoceguera	Alteración adquirida y degenerativa cerebral primaria, de etiología desconocida. Las manifestaciones principales son: deterioro de la memoria, afasia, apraxia, agnosia, alteración de la ejecución. Producen un deterioro significativo de la actividad laboral o social y representan una merma importante del nivel previo de actividad.
Retraso mental	Trastorno generalizado del desarrollo que afecta significativamente a todas las áreas: interacción social, comunicación verbal y no verbal, socioemocional, y cognitiva. Vinculadas al área de la comunicación y lenguaje encontramos deterioro cualitativo en los patrones de comunicación verbal y no verbal, así como en la actividad imaginativa, retraso en todos los aspectos lingüísticos, destacando la falta de intención comunicativa, disminución de la capacidad de comunicación y bajo nivel de comprensión lingüística.
Autismo	Déficit en el lenguaje comprensivo y expresivo, sin que exista un trastorno generalizado del desarrollo, déficit intelectual, auditivo o un trastorno neurológico. Se caracteriza por un retraso cronológico en la adquisición del lenguaje y por importantes dificultades para la estructuración del mismo, produciéndose así, conductas verbales anómalas. Destaca por su gran lentitud en la evolución y la respuesta lenta a la intervención pedagógica.
Alzheimer	Capacidad intelectual significativamente inferior al promedio, así como déficit o alteraciones de ocurrencia en la actividad adaptativa. Todo ello con un inicio anterior a los 18 años.
Parálisis cerebral	Alteración en la comprensión o transmisión de ideas mediante el lenguaje debida a pérdida de la facultad de la palabra, con conservación de la inteligencia y de los órganos de fonación. Afecta tanto a la expresión como a la comprensión del lenguaje posteriormente a su adquisición producido por lesiones, traumatismos o enfermedades cerebrales.
Disfasia	Trastorno neuromotor no progresivo debido a una lesión o una anomalía del cerebro en proceso de desarrollo. No permite o dificulta los mensajes enviados por el cerebro hacia los músculos, dificultando el movimiento de éstos. A este trastorno se pueden relacionar otros sensoriales, perceptivos y psicológicos.

## 2. Estrategias y recursos de intervención comunicativa.

Es evidente que la comunicación es objetivo prioritario en la intervención psicosociosanitaria de personas con déficits, ya que es un aspecto que incide en multitud de áreas en la vida diaria y, por encima de todo, interfiere en el desarrollo de la persona como ser humano y social. Las principales áreas en las que influye son:

- Consecución de autonomía personal.
- Integración social.
- Desarrollo intelectual.
- Acceso a la información.
- Acceso a la cultura.



Las técnicas de intervención van a depender de la discapacidad de cada sujeto, así como de los trastornos del lenguaje que se asocien a la misma. Pero, sin duda, el objetivo principal de toda intervención comunicativa va a encaminarse al establecimiento y desarrollo de competencias comunicativas por encima de las competencias lingüísticas, intentando promover estrategias de comunicación que cumplan los siguientes requisitos:

- Ser funcionales; es decir, que permitan al paciente operar y modificar el entorno de forma apropiada.
- Ser espontáneas; esto es, que doten a la persona dependiente de habilidades para iniciar una interacción comunicativa.
- Ser generalizables; es decir, estar en condiciones de interactuar en diferentes entornos y con multitud de personas.

De esta forma, realizaremos diferentes tipos de intervención según la alteración que sufra el sujeto; en general:

- Para Sordera funcional, Parálisis cerebral, Deficiencia mental y Autismo: adquisición de comunicación vinculada a la enseñanza-aprendizaje de lenguajes alternativos al oral.
- Para Parálisis cerebral, Disfasia y Retraso mental: adquisición relacionada a la enseñanza aprendizaje de lenguajes aumentativos al oral.
- Para Retraso simple en la adquisición y Problemas de desarrollo: estimulación para la adquisición o desarrollo del lenguaje oral.
- Para Trastornos de la articulación del habla y Trastornos de la fluidez del habla: rehabilitación del habla.

Así, se hace indispensable un abordaje múltiple por parte de los diferentes profesionales, ya que a partir de esta intervención, logopedas, psicólogos, maestros y educadores podrán responder a las necesidades del sujeto en diferentes planos personales y sociales.

Las intervenciones encaminadas a la adquisición del lenguaje oral serán prioritarias, por encima de las intervenciones para mejorar aspectos del habla, que se basarán en criterios de funcionalidad (expresividad e inteligibilidad), y no de calidad.

Podemos establecer una serie de pautas que deben guiar cualquier intervención sociosanitaria centrada en el área de la comunicación y el lenguaje:

- Planificar y ejecutar las intervenciones sobre la base de las capacidades que el sujeto mantiene y teniendo en cuenta sus dificultades.
- Cada intervención ha de ser individualizada y personalizada, atendiendo a las necesidades comunicativas del sujeto: de producción vocal, de comprensión, de dicción o entonación, de respiración, de fonación, de entrenamiento en sistemas aumentativos y alternativos de comunicación (SCAA). No obstante, siempre habrá de tenerse en cuenta que la finalidad última de toda intervención es lograr una comunicación funcional y pragmática.
- Así, en los sujetos sin lenguaje oral la intervención se centrará en el fomento de la interacción comunicativa y en el entrenamiento en SCAA. En sujetos con lenguaje oral, las estrategias deberán ir orientadas al aumento cuantitativo y cualitativo de las producciones orales.
- Entrenar en el valor comunicativo del lenguaje.
- Es prioritaria una participación cooperativa del equipo multidisciplinar, de la familia y del sujeto.
- Las estrategias de intervención deben distribuirse en entrenamientos individuales y grupales, en los que se van a fomentar y a reforzar las habilidades de interacción comunicativa.
- Las intervenciones han de llevarse a cabo en un entorno agradable.
- Deben realizarse de manera diaria, continua e intensiva, buscando la generalización a todos los contextos cotidianos del sujeto.

Para alcanzar el objetivo de facilitar la comunicación, en muchos casos va a ser necesario dotar al sujeto de herramientas que faciliten y enriquezcan la interacción con su entorno. Esto será posible implantando los Sistemas Aumentativos y Alternativos de Comunicación<sup>40</sup>, los cuales cubrirán necesidades comunicativas del individuo. No obstante, para ser efectivos deberán cumplir los siguientes requisitos básicos:

- Ofrecer flexibilidad frente a los cambios.
- Ofrecer rapidez en la comunicación.
- Maximizar las posibilidades de comunicación y lenguaje.
- Contemplar todas las necesidades comunicativas del usuario.
- Garantizar la comunicación durante las 24 horas del día.
- Ser aceptado por el usuario y su entorno más inmediato.



### 3. Sistemas alternativos de comunicación.

La denominación de Sistemas Alternativos/Comunicativos de Comunicación se adoptó oficialmente al crearse, en 1983, la Sociedad Internacional para la Comunicación Aumentativa y Alternativa (I.S.A.A.C.). Entendemos por sistemas aumentativos y/o alternativos de comunicación las distintas estrategias o ayudas puestas al servicio de personas seriamente discapacitadas a nivel del lenguaje oral y de los cuales pueden servirse para establecer relaciones comunicativas.

Se podría decir que cuando estos sistemas sustituyen totalmente al habla se consideran sistemas alternativos y cuando son un complemento al habla se llaman sistemas aumentativos.

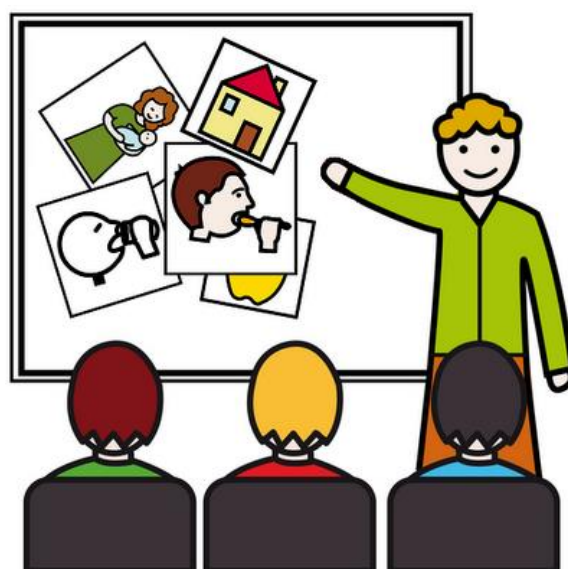
Existen dos características que tienen los sistemas aumentativos/alternativos:

- Son conjuntos organizados de elementos no –vocales para comunicar
- No surgen espontáneamente, sino que se adquieren mediante aprendizaje formal.

Estas características los distinguen de otros sistemas espontáneos de comunicación basados en la mímica, el gesto natural o el lenguaje corporal.

El objetivo más claro y general de la comunicación aumentativa/alternativa es instaurar o ampliar los canales de comunicación social de las personas con alteración o imposibilidad del habla, colaborando así a una mejor calidad de vida.

Si se consigue aumentar las posibilidades de autonomía de la persona no oral y proporcionar más fluidez a sus actos comunicativos, con la utilización de nuevas estrategias, se habrá dado un paso importantísimo en la mejora de su autoestima.



Para conseguir estos objetivos, es obvio que el momento de introducir estrategias de comunicación aumentativa debe ser cuanto antes, esto significa que desde el momento en el que se detectan dificultades para el desarrollo del lenguaje oral, se debe acudir al especialista a fin de recibir orientaciones y diseñar un plan de acción encaminado a aumentar la comunicación.

Los usuarios potenciales de la comunicación aumentativa/alternativa son todas aquellas personas que sufran una dificultad grave en su capacidad para comunicarse. Todas las personas pueden llegar a comunicarse de una u otra manera.

El profesional tiene que interpretar y adaptar las formas de comunicación propias de cada paciente y, simultáneamente trabajar para proporcionarle otras más efectivas. Antes de plantear una nueva forma de comunicación, el profesional tiene que observar la conducta del paciente, con qué medios de expresión dispone (y por supuesto, de cuáles carece), para posteriormente proceder a incrementar el repertorio comunicativo.

Al principio del desarrollo de los sistemas aumentativos de comunicación se establecían unos requisitos mínimos de capacidades para que las personas no vocales tuvieran acceso a programas de enseñanza de estrategias y técnicas de comunicación aumentativa.

Actualmente, cualquier persona con dificultades graves para la comunicación vocal es candidato potencial a la comunicación aumentativa/alternativa, sin requisitos previos.

Puede haber muchas situaciones o colectivos de personas que requieran la utilización de alguna forma de comunicación aumentativa (transitoria o permanente) y se los puede agrupar por el tipo de trastornos que presentan:

- Personas con discapacidad física, por:
  - Secuelas de parálisis cerebral
  - Traumatismos craneocefálicos
  - Malformaciones craneofaciales
  - Enfermedades neuromusculares progresivas
- Personas con discapacidad intelectual, psíquica:
  - Discapacidad cognitiva y/o trastornos del lenguaje
  - Trastornos graves del desarrollo
  - Autismo
  - Personas con plurideficiencias
- Personas con discapacidad sensorial:
  - Sordera
  - Ceguera
  - Sordoceguera
- Otros colectivos necesitados de forma transitoria del uso de sistemas de comunicación aumentativa como son las personas sometidas a operaciones o lesiones de los órganos implicados en el habla, desconocimiento de idiomas (inmigrantes), etc.

En cuanto a su clasificación, Lloyd y Karlan clasifican los diferentes Sistemas de Comunicación en sistemas sin ayuda y sistemas con ayuda.

### 3.1. Sistemas de comunicación sin ayuda.

Los sistemas de comunicación sin ayuda o también llamados sistemas de comunicación no asistida, son los que no requieren de ningún aparato, material o ningún otro tipo de ayuda. Es decir, los códigos que utilizan los sistemas de comunicación sin ayuda no necesitan de ningún elemento físico, externo al emisor de dicho código, para realizarlo. No requiere nada más que el cuerpo de la persona que está comunicando, en su totalidad o alguna de sus partes.

Este tipo de comunicación tiene dos vertientes: oralista y gestualista.

- Métodos Orales.

Intentan la adquisición y el desarrollo del lenguaje utilizando los restos auditivos por medio de prótesis y otros medios técnicos y el uso del habla como vía de expresión. Consideran que hay que intentar el lenguaje oral usando por toda la sociedad oyente porque ello le ayudará a integrarse en ella. Hay oralistas que piensan que el uso de un lenguaje gestual estructurado puede dificultar el desarrollo del lenguaje oral. Dentro de estos métodos encontramos:



- Verbotonal: Existen unas zonas frecuenciales donde permanecen conservadas las posibilidades de escucha “campos óptimos de audición”. La audiometría verbotonal busca esas zonas y aprovechándolas, empieza la rehabilitación, que se hace con aparatos SUVAG que se pueden llevar encima (los equipos permiten transmitir y amplificar frecuencias muy bajas haciendo posible la rehabilitación de personas profundamente

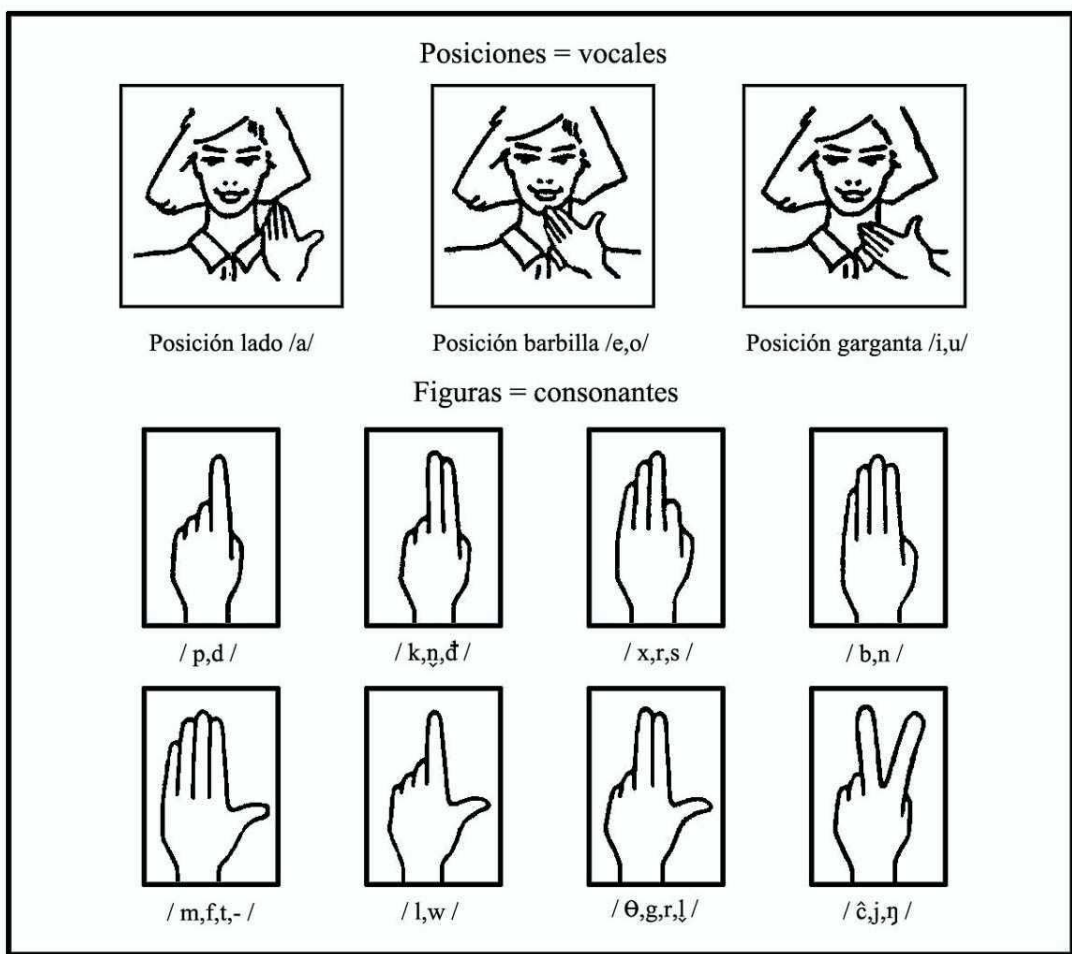
sordas). Hace hincapié en la prosodia (estudio de los elementos del habla que no constituyen segmentos fonéticos, como las vocales y las consonantes, sino que son

propiedades de unidades articulatorias superiores del habla, como el acento, la entonación, etc., que afectan a la sílaba, la palabra o a toda la oración) como vehículo para expresar la afectividad, ritmo y entonación. Trabaja la audición mediante la percepción auditiva y táctil.

- Labiolectura: La lectura de labios, también conocida como lectura labial, es una técnica de comprensión del habla mediante la interpretación visual de los movimientos de los labios, la cara y la lengua cuando el sonido normal no está disponible, basados también en la información proporcionada por el contexto, el conocimiento de la lengua, y cualquier audición residual.



- Palabra complementada (Cued Speech): Su objetivo es complementar la lectura labial, para ello, combina la lectura labiofacial con ocho configuraciones de la mano que se ejecutan en tres posiciones distintas respecto al rostro. Las configuraciones manuales permiten identificar las consonantes a través de tres parámetros: posición, forma y movimiento de la mano. Mientras que las vocales se corresponden con los diferentes lugares en los que son articuladas las configuraciones.



















- **Métodos Gestuales.**  
Consideran que el lenguaje natural de la comunidad sorda es el lenguaje de signos (señas) y es el que necesita y debe desarrollar para su comunicación. Como métodos gestuales tenemos:
  - **Dactilología:** La dactilología es la representación manual de cada una de las letras que componen el alfabeto; existen veintinueve posiciones con sus variantes de movimiento de mano, algunas de las cuales son la representación exacta de la letra. Se ejecuta principalmente a la altura de la barbilla. Su realización se complementa con la articulación oral, por lo que es necesario que la cara y la boca sean visibles.



- **Lenguaje de signos:** La lengua de signos, conocida en España como LSE, Lengua de Signos Española, consiste en un sistema de gestos y expresiones visuales. Los gestos pueden ser también táctiles, realizados en la palma de la mano, para comunicarse con personas sordociegas. En ese caso se realizan símbolos y signos en la palma de la mano, se llama sistema dactilológico. En el caso del lenguaje oral la comunicación se realiza por medio de la voz y el oído; en el caso del lenguaje de signos esa comunicación se realiza por gestos y por la vista. A día de hoy no existe una lengua de signos universal, ya que cada país utiliza las suyas propias. En España existen la lengua de signos españolas y la lengua de signos catalana. Y en América Latina y otras regiones esta lengua es conocida también como lenguaje de señas.
- **Métodos Mixtos.**  
Se utilizan cuando la intercomunicación por medio del lenguaje oral se ve seriamente limitada debido a las características propias de uno de los interlocutores. Es entonces cuando se han de aprovechar las distintas estrategias o ayudas que puestas al servicio de estas personas facilitan las relaciones de comunicación. Se trata de una comunicación donde los gestos y el lenguaje oral no sean elementos opuestos. Entre los métodos mixtos tenemos:
  - **Comunicación Bimodal:** La comunicación es bimodal cuando simultáneamente se emplea el habla junto a signos; es decir, la modalidad oral-auditiva junto a la modalidad visual-gestual. El mensaje se expresa en dos modalidades, pero la

lengua base, la que marca el orden de la frase y la que determina la sintaxis de las producciones, es la lengua oral. Signos y habla se emplean simultáneamente para facilitar intercambios comunicativos y posibilitar un mejor aprendizaje del lenguaje oral.

 Abuela	 Abuelo	 Familia	 Hermana
 Hermano	 Hija	 Hijo	 Mamá/madre
 Nieta	 Nieto	 Niña	 Niño
 Novio/a	 Papá/padre	 Prima	 Primo



○ Comunicación Total de B. Schaeffer: Se trata de un programa en el que se emplean, por parte del terapeuta, signos y palabras simultáneamente y se enseña primero al usuario a realizar signos manuales para lograr objetos deseados. A diferencia de procedimientos anteriores, que acentuaban el aspecto receptivo (“comprender”) del lenguaje, en éste se hace especial hincapié en el expresivo (hacer por medio de signos). El programa incluye varias fases, definidas esencialmente

por el logro de actividades pragmáticas o funcionales (expresar deseos, realizar actos simples de referencia, desarrollar conceptos personales, habilidades de investigación y abstracción con signos o palabras), y su objetivo final es desarrollar el lenguaje oral, para lo que se favorece que el usuario aprenda primero signos, luego complejos signo-palabra y finalmente (al desvanecerse los signos) palabras.

- Vocabulario Makaton: Se combinan los gestos con el lenguaje oral y gráfico. Su característica principal es que se encuentra organizado en diferentes estadios de desarrollo. Consiste en un vocabulario básico y funcional de unas 350 palabras con sus

correspondientes signos, referentes a nombres, verbos, adjetivos, pronombres y preposiciones. Sigue la estructura sintáctica del lenguaje oral.

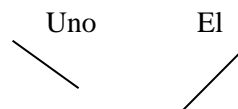
### 3.2. Sistemas de comunicación con ayuda.

Los sistemas de comunicación con ayuda o sistemas de comunicación asistida, son aquellos sistemas en los que el emisor, para poder emitir sus mensajes compuestos por códigos no vocales, necesita seleccionar los mismos a partir de un soporte físico externo a él.

Los sistemas de comunicación con ayuda cubren un amplio repertorio en cuanto al tipo de elementos de representación, que pueden ser desde muy iconográficos hasta totalmente abstractos. Pudiendo ser:

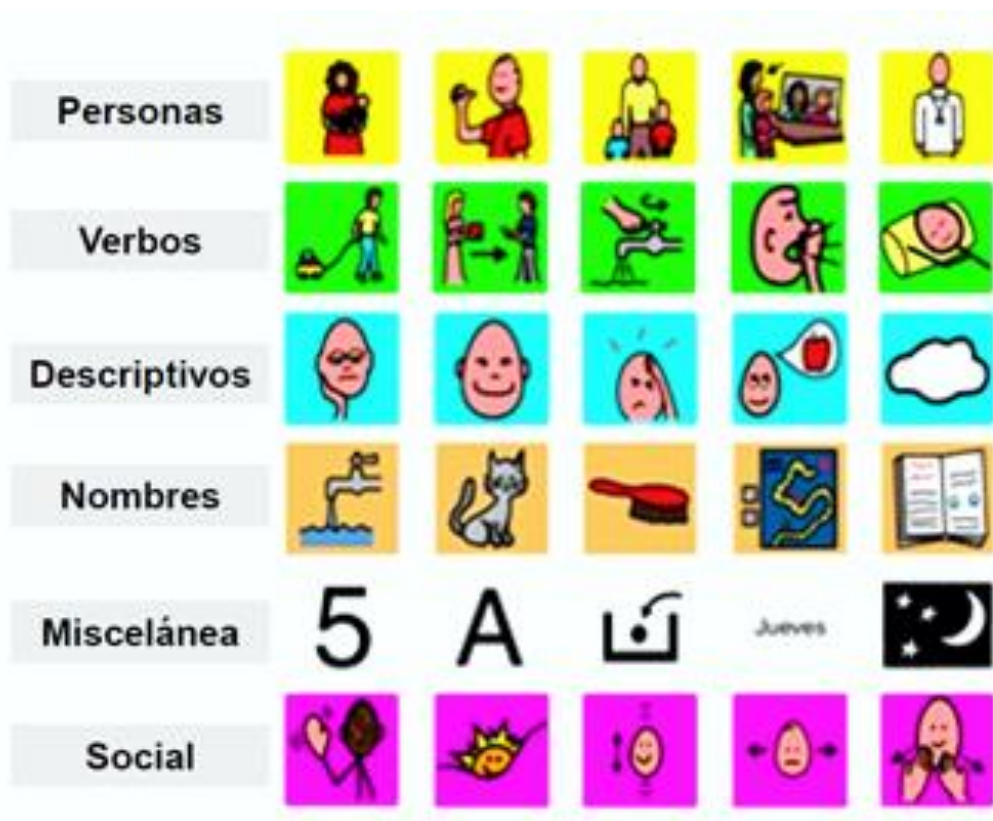
- Signos arbitrarios: aquellos en los que no existe una relación intrínseca entre significado y significante. El lenguaje hablado está compuesto por signos arbitrarios, el lenguaje de signos tiene algunos arbitrarios al igual que el sistema BLISS, el lenguaje escrito, el Braille.

Por ejemplo:



- Signos pictográficos: aquellos en los que existe relación perceptual entre significado y significante. Son transparentes, pues su significado puede ser adivinado por una persona que no conozca el sistema. Son más fáciles de aprender que los arbitrarios, tienen un alto grado de motivación. Estos signos se los puede encontrar en los SPC, en algunos signos BLISS y del lenguaje de signos.

Por ejemplo:



- Signos ideográficos: aquellos en el que no se establece semejanza perceptual entre significado y significante pero el significante hace referencia a algo que le lleva al significado o existe una relación lógica. Estos signos son translúcidos, es decir, cuando a

uno se le explica el significado, uno entiende y le encuentra sentido. Exige una capacidad cognitiva mayor que la del pictográfico y mayor que la del signo arbitrario.  
Por ejemplo:



16. ¿Qué se entiende por Sistemas de Comunicación Aumentativa y Alternativa?



17. Señala si son verdaderas o falsas las siguientes afirmaciones:

- La lectura labiofacial es un SAC sin ayuda externa.
- Los sistemas alternativos de comunicación siempre utilizan ayuda externa.
- La clasificación de los sistemas de comunicación se realiza en función de si complementan o sustituyen al lenguaje oral.
- La dactilología es un SAC con ayuda externa.
- La comunicación aumentativa es aquella que sustituye a la capacidad del habla.
- Los sistemas alternativos de comunicación están pensados para las personas que no poseen lenguaje oral.

### 3.3. El proceso de selección del sistema alternativo de comunicación y las estrategias para la enseñanza

El sistema alternativo de comunicación (SAC) que utilizará una persona con algún tipo de dependencia se elegirá tras realizar una evaluación. Esta evaluación contendrá las siguientes consideraciones:

- La capacidad comunicativa de la persona.
- La capacidad lingüística, es decir, si posee lenguaje oral o no.
- La capacidad expresiva y comprensiva, y si lee o escribe para poder utilizar la lectoescritura como sistema comunicativo.
- La capacidad cognitiva, es decir, si necesita atención, si tiene memoria, capacidad de abstracción, etc.
- El estado personal afectivo.
- Las capacidades motoras.
- Los intereses y gustos que serán un aliciente para el aprendizaje.
- La familia, el trabajo, los estudios y, en definitiva, sus relaciones sociales.
- A partir de la evaluación se tomará la decisión de si necesita un SAC u otro. En caso de necesitarlo se determinará si será un sistema que requiera ayuda externa, o si por el contrario esta ayuda no será necesaria.

En cuanto a las estrategias para la enseñanza de los SAC, se debe desarrollar lo siguiente:

- Entender la comunicación como un proceso multimodal: esta estrategia implica la aceptación de cualquier gesto como una señal comunicativa. Hacer percibir a la persona

que cuenta con receptores dispuestos a escucharle, ya que esta actitud la motivará a realizar acciones comunicativas de mayor envergadura.

- Generar cadenas de construir – interrumpir: crear un encadenamiento de actividades que despierten el interés de la persona para interrumpirlas posteriormente, de forma que el alumno tenga que producir alguna señal comunicativa demandando la continuación de la actividad.
- Vigilar, esperar, reaccionar: mantener una actitud de alerta constante para responder a las señales lanzadas por el paciente dotándolas de significado comunicativo.
- Espera estructurada: aguardar un tiempo determinado para permitir al usuario emitir una demanda.
- Ofrecer oportunidades de comunicación: se relaciona con la estrategia anterior e implica, además, ser pacientes y flexibles para adaptarnos al estilo comunicativo del interlocutor, a sus ritmos y tiempos de respuesta.
- Dar información con antelación de los acontecimientos que van a suceder: ayudan al sujeto a saber dónde está, donde se dirige o qué actividad va a realizar a continuación. Este conocimiento le motiva a exteriorizar señales comunicativas sobre los acontecimientos futuros, que van a reforzar el aprendizaje de símbolos.
- Servir de modelo del sistema de CAA utilizado: esta estrategia es muy importante para hacer interiorizar en el alumno el uso de la CAA como un sistema comunicativo más.
- Actuar de guía física o verbal: ayudando al alumno cuando éste no inicia por sí mismo la interacción, y modelando el símbolo o signo que corresponde a la expresión verbal.



18. Completa las frases sobre las cuestiones que se deben tener en cuenta a la hora de hacer la evaluación:

gustos, comprensiva, lenguaje, abstracción, relaciones

- La capacidad lingüística, es decir, si posee \_\_\_\_\_ oral o no.
- La capacidad cognitiva, es decir, si necesita atención, si tiene memoria, capacidad de \_\_\_\_\_, etc.
- Los intereses y \_\_\_\_\_ que serán un aliciente para el aprendizaje.
- La familia, el trabajo, los estudios y en definitiva las \_\_\_\_\_ sociales que posee.
- La capacidad expresiva y \_\_\_\_\_, y si lee o escribe para poder utilizar la lectoescritura.

### **3.4. Uso del vocabulario básico de la atención sociosanitaria en instituciones de atención social en los lenguajes alternativos usuales: BLISS, SPC y LSE.**

#### **3.4.1. Sistema BLISS.**

Fue creado por Charles K. Bliss en la década de los 40 del siglo pasado.

El sistema BLISS es un sistema de comunicación alternativo mediante el cual la persona se comunica señalando una serie de símbolos que presentan un significado específico y que hemos recogido anteriormente en una especie de archivo recopilatorio como por ejemplo una libreta o unas láminas. Para que sea más rápido su uso, los diferentes símbolos se agrupan en categorías que serán