

Trastornos del desarrollo del lenguaje y la comunicación

Montserrat Molina Vives

Desarrollo del lenguaje

Una de las etapas más importantes del desarrollo humano y donde éste se da con una velocidad más rápida es la primera infancia. Se producen cambios constantemente, es una época de continua y evidente evolución.

La palabra infancia proviene del latín “infans” que significa sin lenguaje. Pero además del inicio del lenguaje en la primera infancia se adquieren otras habilidades como: sonrisa, primeros pasos, la reacción de angustia ante un extraño... multitud de cambios que también son propios de esta etapa.

El lenguaje es un medio de comunicación a través de un sistema de símbolos. A través del lenguaje el niño será capaz de relacionarse con sus semejantes y exponer sus deseos y necesidades de forma más precisa.

Al igual que en otras áreas del desarrollo humano, en las teorías sobre el desarrollo del lenguaje también ha habido debate sobre la importancia de los factores externos y los internos en este proceso. Entre las influencias intrínsecas que se destacan encontramos:

- las características físicas de cada niño,
- estado de desarrollo del mismo
- y otros atributos determinados genéticamente.

Las influencias extrínsecas durante la infancia están vehiculadas principalmente por la familia:

- las personalidades y estilos de cuidado de los padres y hermanos,
- el estatus socio-económico de la familia y
- la cultura donde el niño ha nacido.

Cada autor o teoría le ha dado mayor importancia a uno u otro polo.

Los inicios serios de realizar investigación sobre el lenguaje se dan a mediados del siglo pasado. Los autores precursores en la misma se circunscriben dentro de la Neurología. En 1861 Broca estudia los cerebros de dos pacientes que presentaban pérdida de lenguaje y perturbación motora del habla. Tras estos estudios concluyó que los hemisferios del cerebro eran asimétricos, y que el hemisferio izquierdo contenía el centro del lenguaje en la mayoría de los hombres. El otro gran autor es Carl Wernicke que en 1874 identifica el centro auditivo del habla en el lóbulo temporal. Con este hallazgo diferencia el centro, encontrado por él, encargado de la comprensión del habla, de la zona de su homólogo que se encargaba del habla expresiva.

A lo largo del s. XIX se continuó con el esfuerzo de realizar un modelo de los procesos y zonas que estaban relacionados con la producción del lenguaje. El advenimiento de las dos grandes guerras será un campo muy importante para la evaluación de los pacientes

que han sufrido pérdida del lenguaje o diferentes trastornos del habla. Con todo ello se avanzará en la localización de las diferentes conductas humanas.

Osgood en 1953 convoca un simposio de psicólogos y lingüistas, tras este congreso y con la ayuda de otros autores crea la Psicolingüística.

En 1959, Skinner hace el primer intento de abordar el lenguaje desde una perspectiva conductual. Desde esta óptica, el proceso de aprendizaje del lenguaje consiste esencialmente en determinar las condiciones ambientales que posibilitan los mecanismos responsables de dicho proceso. El habla dirigida al niño constituiría un punto esencial dentro de dichas condiciones ambientales.

A esto respondió Chomsky con una crítica contundente. Para él la capacidad del habla está determinada genéticamente. Las propuestas innatistas atribuyen al niño un conocimiento innato de las propiedades universales de las reglas lingüísticas y de sus variaciones paramétricas; así como un conocimiento innato de los procedimientos que le permitirá las reglas de su lengua. Para él, el habla adulta no constituiría un modelo lingüístico adecuado por su alta frecuencia de errores y frases inacabadas. Propuso que el niño genera sus propias reglas lingüísticas a partir del análisis del habla que escucha a su alrededor.

Mientras, Piaget pensaba que el desarrollo del lenguaje constituía un subproducto del desarrollo de otras capacidades cognitivas (Bruner, 1984), por lo tanto hasta que no se hubiese adquirido la simbolización no podría aparecer el lenguaje. Desde el interaccionismo social y siguiendo a Vigotsky, Bruner se interpone entre los dos pensamientos extremos. Para él, en el desarrollo del lenguaje serán necesarios mecanismos innatos que predispongan al niño a la interacción social, pero serán precisos los soportes y ayudas ofrecidas por el adulto en la interacción con el niño.

Conceptos básicos

A menudo hay confusiones entre tres conceptos que la gente suele usar de forma inadecuada.

Comunicación: Richards (1974) la define como algo que va más allá de la simple interacción. Implica la idea de mutualidad, reciprocidad e intersubjetividad (Fdez. Viader, 1992). Sería el intercambio de información con éxito adaptativo. La comunicación tiene diferentes formas de expresión, entre ellas: el lenguaje, la comunicación gestual,...

Habla: Es la realización física y perceptiva del lenguaje. Es la ejecución del lenguaje.

Lenguaje: "Lenguaje es un sistema de códigos con la ayuda de los cuales se designan los objetos del mundo exterior, sus acciones, cualidades y relaciones entre los mismos." Luria, 1977.

Los elementos que componen un lenguaje basado en sonido son:

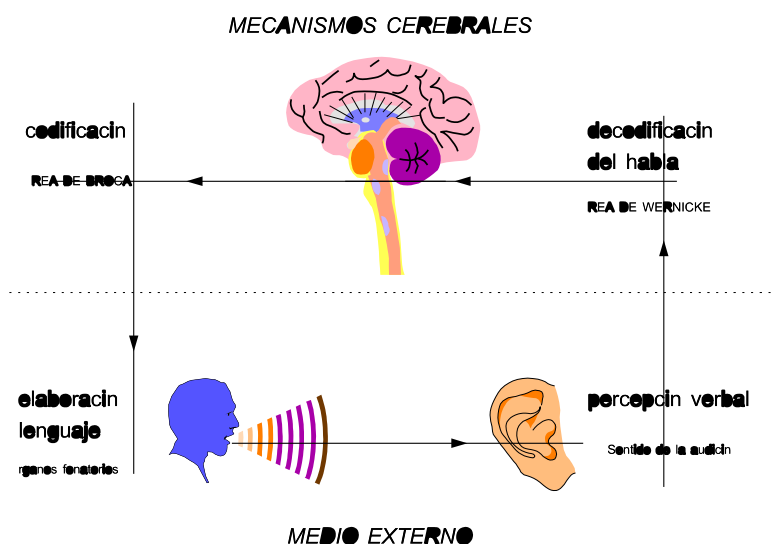
- FONEMAS: Unidades de sonido cuya concatenación en un determinado orden produce fonemas.
- MORFEMAS: Las menores unidades significativas cuya combinación crea una palabra.
- SINTAXIS: Las combinaciones admisibles de las palabras en las frases y las oraciones para que estas tengan sentido.
- LÉXICO: El conjunto de todas las palabras de un lenguaje dado. Cada entrada de su lista incluye toda la información con ramificaciones morfológicas o sintácticas, pero incluye el conocimiento conceptual.
- SEMÁNTICA: Los significados que corresponden a todos los elementos léxicos y a todas las oraciones posibles.
- PROSODIA: La entonación que puede modificar el significado literal de las palabras y de las frases.
- DISCURSO: El encadenamiento de las frases para que constituyan una narración.

Componentes neurofisiológicos:

En el lenguaje actúan tal como podemos ver en el gráfico 1 toda una serie de componentes neurofisiológicos que permiten la decodificación y elaboración del mismo.

Entre los principales, a grandes rasgos, podemos destacar:

- el sentido de la audición que permite escuchar lo que se nos dice.
- el cerebro y la corteza cerebral que permiten por una parte decodificar lo oído y mandar órdenes a los órganos fonatorios para producir el lenguaje.
- órganos fonatorios que son los que permiten la producción sonora del lenguaje: es decir el habla.



0

Gráfico 1: Componentes neurofisiológicos del lenguaje.

La emisión de sonidos requiere, al espirar, de una vibración particular de las cuerdas vocales acompañada de una ubicación adecuada de las diferentes piezas del aparato bucofaringeo. Como es de imaginar estos músculos y cavidades son controladas a nivel cerebral, a través de los nervios que provienen del encéfalo.

La orden motriz parte, por lo tanto, del córtex cerebral a nivel del área motriz primaria (área de Broca). Una vez dada la orden, el sonido emitido por las cuerdas vocales tras la exhalación del aire se caracteriza por la intensidad, el timbre y la altura. Boca y faringe actúan de cajas de resonancia y permiten la formación de los fonemas. Esto sería lo que formaríamos lo que conocemos por lenguaje expresivo, es decir la producción del lenguaje o el habla. La conducta de expresión oral es constantemente reajustada en función de informaciones auditivas.

En cuanto al lenguaje receptivo se refiere a como captamos y comprendemos la señal hablada. El habla como hemos podido comprobar anteriormente consiste en una vibración del aire ambiental. Este produce una movilización del tímpano (oído) que al provocar la movilización de los huesecillos del oído medio, transforma el mensaje al oído interno e inducen en el la movilización de los líquidos. Esta señal supone un desplazamiento de diferentes membranas, así como de las células ciliadas, Es en este estadio que la información deviene neuronal. Posteriormente, tras el paso por el área de Wernicke habrá una comprensión del mensaje emitido por el interlocutor.

Desarrollo del lenguaje

Hay que diferenciar dos etapas. En la primera de ellas no podemos hablar de lenguaje

propriadamente, sino de comunicaci3n. Esta fase consiste en la puesta en marcha de aquellos mecanismos que permitir3n el nacimiento del lenguaje como tal, la llamaremos PER3ODO PRELINGÜ3STICO. En la ETAPA LINGÜ3STICA eclosionan las primeras caracter3sticas del lenguaje adulto, aqu3 veremos la evoluci3n de los componentes del mismo. Tanto en la primera como en la segunda etapa iremos mencionando toda una serie de adquisiciones (tanto motrices, como relacionales y emocionales) que permiten una mejor comprensi3n en la evoluci3n del lenguaje.

Per3odo prelingüístico

Este per3odo ir3a desde el nacimiento hasta los 18-24 meses, en que la mayor3a de autores consideran que se da el paso hacia el lenguaje tal como lo conocemos. En este per3odo de dos a3os el crecimiento f3sico, que sigue cierto calendario madurativo, es espectacular.

A nivel cognitivo y segün Piaget, el reci3n nacido estar3a en el per3odo sensoriomotor. Este primer per3odo es un estadio preverbal donde el ni3o comienza a formar sus propios esquemas sensoriomotores. Debe aprender operaciones b3sicas con las cuales relacionarse con el mundo exterior. La primera tarea de los lactantes es comenzar a establecer sus propios l3mites del ego (donde acaba 3l y empieza el mundo externo). Por medio de la interacci3n con los objetos y personas y en relaci3n a ellos empiezan a organizar el tiempo y el espacio. A medida que progresan, empiezan a demostrar signos de intencionalidad, este es el paso inicial de la aparici3n de la inteligencia. Con este comienzo, los ni3os est3n en camino hacia el desarrollo sensoriomotor, lo que van a conseguir mediante la elaboraci3n de cuatro entendimientos: constancia de objetos, espacio coordinado, causalidad y temporalidad.

Durante los tres primeros meses de vida las rutinas ligadas a las necesidades del beb3 y el adulto comparten unos significados que permiten regular conjuntamente algunos de sus comportamientos. En esta relaci3n espec3fica que hay entre el cuidador (madre u otro miembro) y el ni3o, la madre empieza a ense3ar inconscientemente el lenguaje. Esto ocurre mediante el habla de estilo materno que parece seguir el desarrollo b3sico, comenzando en el nivel m3s fundamental y haci3ndose gradualmente m3s complejo a medida que el ni3o crece. El habla de estilo materno se caracteriza por ser simple estructuralmente (usa frases cortas, no subordinadas, no modificadores), hay un alto grado de redundancia, el tono es alto, la prosodia exagerada, el l3xico (palabras utilizadas) son aquellas que est3n presentes en el entorno del ni3o, hay preguntas y explicaciones sobre lo que la madre va diciendo o lo que el ni3o hace.

EDAD EN MESES	LENGUAJE RECEPTIVO	LENGUAJE EXPRESIVO
1-6 MESES	Alerta al sonido, se va orientado hacia la fuente que lo emite.	Lloros, gritos, sonrisa social, inicio balbuceo.
7-12 MESES	Comprende NO, se orienta hacia su nombre, asocia palabras con significados, comprende los gestos que acompa3an a las vocalizaciones.	Combinaciones de s3labas que se asemejan a las palabras, primeras palabras.
13-18 MESES	Cuando se le demanda que diga o se3ale algo lo realiza.	El vocabulario se va incrementando de forma gradual.

Tabla n31: Desarrollo del lenguaje en la etapa prelingüística (adaptada de Johnson, 1997).

El habla de estilo materno suele aparecer hacia el tercer o cuarto mes, aunque puede aparecer con anterioridad. Hasta entonces el ni3o captaba los ruidos que hab3a a su

alrededor y lloraba o gritaba para dar a conocer su estado. La madre en esta época es capaz de diferenciar los lloros y saber si se trata de hambre, sueño, ganas de jugar, molestia,... Hacia los 6 meses el niño empieza a explorar los parámetros de su aparato vocal para ver qué puede hacer. Aprenden a producir vocales abiertas y las primeras consonantes. Con el balbuceo y el laleo, el niño va experimentando los sonidos. También aparece una ecolalia, el niño parece un “loro” ante cualquier cosa que diga la madre, repite como si estuviera jugando. Hacia el final de este primer período el niño será capaz de decir las primeras palabras. En la tabla 2 podemos ver más claramente los estadios del desarrollo vocal.

Estadio	Edad	Comportamiento vocal
1	0-8 semanas	Sonidos vegetativos, reflejos, llanto y agitación.
2	8-20	Arrullos y risas. Sonidos consonantes nasales. Sonidos producidos en la parte posterior de la boca. Disminuye la frecuencia del llanto. Mayor control de los sonidos producidos.
3	16-30	Juego vocal y comportamiento lingüístico exploratorio. Sonidos consonánticos realizados hacia la parte anterior de la boca. Creciente control sobre los mecanismos del habla. Inicio de la secuenciación y resecuenciación de sonidos.
4	25-50	Balbuceo reduplicado (producción de sílabas consonante-vocal en las que la consonante es la misma que en cada sílaba). Ritualizado y estereotipado. Vocalización más probable en la interacción con un adulto que en el juego con un objeto.
5	9-18 meses	Balbuceo no reduplicado, variado. Mayor control sobre el acento y la entonación. Superposición con la producción de las primeras palabras.

Tabla nº2: Estadio del desarrollo vocal (a partir de Stark, 1986 en Garton y Pratt,1991).

Período lingüístico

En esta etapa que va desde los 2 a los 5-7 años el niño adquiere en su totalidad el lenguaje. A nivel físico el desarrollo se va desacelerando. El niño va adquiriendo cada vez mayor número de habilidades motoras finas, hay un mayor contacto y adaptación con su entorno más próximo. A nivel cognitivo el niño se sitúa, según Piaget en el estadio preoperacional. Este período se caracteriza por el acceso progresivo a la inteligencia representativa; cada objeto se representará por una imagen mental que lo substituirá en su ausencia. En esta etapa se desarrollarán el lenguaje, el dibujo, el juego simbólico. Los niños a partir de ahora podrán pensar de una forma ordenada, aunque en un principio ciertos componentes puedan obstaculizar esta tarea como son:

- Egocentrismo: incapacidad de observar un punto de vista que no sea el suyo.
- Centración: incapacidad para separar lo propio del medio ambiente.
- Dificultad de transformación: una operación que cambia las reglas de algo.
- Reversibilidad: una acción que puede hacerse puede deshacerse.

Según Vila (1992), hacia los tres años han desaparecido las dificultades para pronunciar diftongos y se produce un significativo progreso en las consonantes; aunque se presentan errores con algunos grupos consonánticos, normalmente en torno a los 4 años el repertorio fonético está casi completo.

El léxico crece a un ritmo notable, duplicándose el vocabulario cada año. Empieza a usarse el pronombre de tercera persona, aunque su dominio y usos no estarán completos del todo hasta los 7 años. Los posesivos son comprendidos. Hacia los 2 años aparecen las primeras combinaciones de 3 o 4 elementos, no siempre respetando el orden. Las primeras interrogativas son preguntas de sí o no marcadas únicamente por la entonación; luego aparecen con qué o dónde. A los 4 años dominan las construcciones sintácticas simples. En los pronombres, la distinción del género es clara y consistente a

los 5 años; desde los 6 o 7, también lo es la de número. Mejora el uso de los tiempos y modos verbales, aunque siguen siendo frecuentes las incorrecciones en los condicionales o subjuntivos. La sintaxis se hace cada vez más compleja con la adquisición de los primeros usos de las subordinadas, las yuxtapuestas y las coordinadas, si bien los verbos no siempre se ajustan correctamente. Hacia el final de este período, la lectoescritura introduce al niño en una nueva dimensión de uso del lenguaje y de acceso a los conocimientos elaborados culturalmente. Todo lo que hemos dicho anteriormente queda mejor reflejado en la siguiente tabla (tabla nº3).

Edad	Etapas lingüísticas	Etapas fonológicas
2-4 años	Etapa telegráfica. El niño empieza a usar combinaciones de palabras. Esto va en aumento hasta que entre los 3 y 4 años la mayoría de las frases se asemejan a frases simples bien construidas.	Fonología de morfemas simples. Expansión del repertorio de sonidos del habla. Procesos fonológicos que determinan las producciones incorrectas hasta los 4 años aproximadamente, momento en el que la mayoría de palabras de estructura morfológica simple son correctas.
4-7 años	Primeras frases complejas. Uso de complementos del verbo y algunas frases de relativo. Sin embargo, estas estructuras complejas son el resultado de una mera yuxtaposición.	Culminación del repertorio fonético. Adquisición de los sonidos problemáticos a nivel productivo a los 7 años. Producciones correctas de palabras simples. Empieza el uso de palabras más largas.

Tabla nº3: Desarrollo en la etapa lingüística.

Problemas del desarrollo del lenguaje

La adquisición del habla requiere que el niño sea expuesto al lenguaje y poseer las características biológicas necesarias para decodificarlo y producirlo. Esto implica tener el aparato sensorial adecuado para percibir la entrada del lenguaje, tener un cerebro que pueda descubrir y pueda aprender la estructura subyacente del lenguaje y un aparato articulatorio que pueda programarse para producir los sonidos del habla.

Los trastornos del lenguaje pueden aparecer si el niño tiene una inadecuada exposición al lenguaje o si padece condiciones médicas que afecten las bases biológicas para el aprendizaje de éste. Sin embargo, en la mayoría de niños que presentan dificultades del habla no aparece ninguna causa obvia. Su oído es normal, la inteligencia no-verbal es adecuada, no hay ningún trastorno físico o emocional que afecte al habla y el ambiente lingüístico de casa parece correcto.

La adquisición del habla requiere que el niño sea expuesto al lenguaje y poseer el equipo biológico necesario para decodificarlo y producirlo. Esto implica tener el aparato sensorial adecuado para percibir la entrada del lenguaje, tener un cerebro que pueda descubrir y pueda aprender la estructura subyacente del lenguaje y un aparato articulatorio que pueda programarse para producir los sonidos del habla.

El lenguaje requiere unas funciones para su realización:

- de carácter emocional:
 - una afectividad adaptada
- de carácter sensorial:
 - audición

- visión
- motrices:
 - caja torácica
 - laringe
 - cavidad bucal
 - lengua
 - labios

Así pues el desarrollo normal del lenguaje implica un desarrollo correcto de: órganos fonatorios, órganos sensoriales, estructuras nerviosas centrales, capacidades intelectuales y una afectividad adaptada.

El niño con un desarrollo normal del lenguaje tiene una base mental para la transmisión adecuada de sus capacidades y podrá acceder a la lectura y escritura debidamente. En cambio el niño con dificultades en el lenguaje acostumbra a tener limitaciones en áreas académicas y sociales y dificultad para transmitir el pensamiento de ideas y contenidos. Un tercio de los niños con dificultades de lenguaje en la primera infancia tienen dificultades en la adquisición de lecto-escritura.

Signos de alarma en la adquisición del lenguaje

Hay diferentes signos de alarma que deberían hacer sospechar dificultades a la hora de adquirir correctamente el lenguaje:

- 0-3 meses: no le tranquiliza la voz de la madre
- 3-6 meses: se mantiene indiferente a los ruidos
- 6-9 meses: no juega con sus vocalizaciones
- no imita al adulto cuando habla
- 9-12 meses: no comprende el no ni atiende al dame si no se le hace un gesto
- 12-18 meses: no dice ni entiende nombre de personas u objetos familiares
- a los 4 años el niño no construye frases: se expresa con palabras sueltas
- no entiende cuando le hablan
- habla mucho pero no se le entiende nada
- pregunta muy a menudo ¿qué?

Trastorno del desarrollo del lenguaje

El origen del trastorno del desarrollo del lenguaje es aún desconocido. Se describió alrededor de principios de siglo por un grupo de neurólogos que notaron similitudes entre los síntomas observados en niños y aquéllos vistos en adultos afásicos después de sufrir lesiones focales del cerebro. El término de **disfasia del desarrollo** fue propuesto para describir casos en donde las dificultades del lenguaje parecían ser selectivas, y no eran explicables en términos de pérdida de oído o de impedimento mental. Los términos como disfasia del desarrollo y afasia congénita permanecen en Europa continental, pero en el Reino Unido y América del Norte ha sido reemplazados por expresiones como **lenguaje específico** y trastorno del lenguaje o trastorno del desarrollo del lenguaje. Hay varias razones para que así sea. Una de ellas es que esas etiquetas neurológicas pueden llevar a pensar que hay evidencias de una implicación independiente a la base neurológica que explique el trastorno. Este diagnóstico no es realmente una explicación, sino sólo es una descripción de la taquigrafía del problema. Otra razón para rechazar una etiqueta como disfasia del desarrollo es que con este término parece que nos refiramos a una sola condición, sin considerar que los niños con dificultades de lenguaje pueden tener problemas extensamente diferentes.

Criterios diagnósticos:

a) *DSM-IV* y *ICD-10*:

En el **DSM-IV** el trastorno específico del desarrollo del lenguaje y el trastorno del habla, normalmente se incluyen en el grupo de trastornos diagnosticados en la infancia o adolescencia. El criterio diagnóstico que muestra el **ICD-10** también incluye una categoría de trastornos de desarrollo específicos del lenguaje y habla y hace una distinción dentro del trastorno de articulación de lenguaje específico que es el trastorno del lenguaje expresivo y el trastorno del lenguaje receptivo. También incluye bajo esta ancha categoría la afasia adquirida con epilepsia (síndrome de Landau-Kleffner) y categorías adicionales de otro trastorno y el trastorno no especificado.

El DSM-IV y ICD-10 distinguen entre trastornos que afectan sólo al lenguaje expresivo de aquéllos donde se daña el lenguaje receptivo. Aunque la aplicación de esta distinción sea razonable, se trata de una sobresimplificación, ya que los problemas receptivos implican dificultades en la descodificación del lenguaje, produciéndose: fracaso para distinguir por ejemplo entre 'el gato' y 'el dato', conocimiento limitado del significado de la palabra (ej. tratando; 'balla' y 'cerca' como sinónimos), problemas en la interpretación de construcciones gramaticales complejas y una tendencia a ser literal. Igualmente pasa con la categoría de trastorno del lenguaje expresivo donde se agrupan niños con dificultades diversas.

Aunque ambos sistemas de clasificación incluyen una categoría para los niños con problemas específicos de la producción de sonidos del habla, el DSM-IV ha abandonado el término inicial de trastorno del desarrollo de la articulación por el de trastorno fonológico. Esto refleja el reconocimiento creciente de que tales dificultades son lingüísticas en lugar de tener un origen motor. Normalmente el niño es físicamente capaz de producir sonidos correctos, pero tiene problemas en aprender a clasificar sonidos. Por ejemplo, el niño no puede comprender que 'silla' y 'sopa' empiezan con el mismo fonema (Bird & Bishop, 1992).

Clasificación según DSM-IV **Trastornos de la comunicación:**

- **Trastorno del lenguaje expresivo:**

La característica esencial de este trastorno es una deficiencia del desarrollo del lenguaje expresivo demostrada mediante las puntuaciones obtenidas en evaluaciones del desarrollo del lenguaje expresivo normalizadas y administradas individualmente. Tales puntuaciones deben ser sustancialmente inferiores a las obtenidas en evaluaciones normalizadas tanto de la capacidad intelectual no verbal como del desarrollo del lenguaje receptivo (Criterio A). Las dificultades pueden aparecer en la comunicación implicada tanto en el lenguaje verbal como en el lenguaje gestual.

Las dificultades del lenguaje interfieren los rendimientos académicos o laborales o bien la comunicación social (Criterio B). Los síntomas no cumplen los criterios de trastorno mixto del lenguaje receptivo-expresivo, ni de trastorno generalizado del

desarrollo (Criterio C). En caso de retraso mental, déficit sensorial o motor del habla, o privación ambiental, las deficiencias del lenguaje son superiores a las habitualmente asociadas a tales problemas (Criterio D). Si se presenta un déficit sensorial o motor del habla o una enfermedad neurológica, deben codificarse en el Eje III.

Las características lingüísticas del trastorno varían en función de su gravedad y de la edad del niño. Estas características incluyen un habla limitada cuantitativamente, una gama reducida de vocabulario, dificultad para la adquisición de palabras nuevas, errores de vocabulario o de evocación de palabras, frases excesivamente cortas, estructuras gramaticales simplificadas, limitación de las variedades de las estructuras gramaticales (p. ej., formas del verbo), limitación de las variedades de tipos

de frases (p. ej., imperativos, interrogantes), omisiones de partes críticas de las oraciones, utilización de un orden inusual de palabras y enlentecimiento en el desarrollo del lenguaje. El funcionamiento no lingüístico (medido mediante tests de inteligencia visuomanual) y las habilidades de comprensión del lenguaje están situados habitualmente dentro de los límites normales. El trastorno del lenguaje expresivo puede ser adquirido o evolutivo. En el tipo adquirido se produce una insuficiencia del lenguaje expresivo tras un período de desarrollo normal a consecuencia de una enfermedad neurológica o médica (p. ej., encefalitis, traumatismo craneal, irradiación). En el tipo evolutivo existe una alteración del lenguaje expresivo que no está asociada a lesión neurológica alguna de origen desconocido. Los niños con este tipo de trastorno suelen iniciar su habla tardíamente y progresan con más lentitud de lo normal a través de los distintos estadios del desarrollo del lenguaje expresivo.

- **Trastorno mixto del lenguaje expresivo- receptivo**

La característica esencial del trastorno mixto del lenguaje receptivo-expresivo es una alteración tanto del desarrollo del lenguaje receptivo como del expresivo verificada por las puntuaciones obtenidas en evaluaciones del desarrollo del lenguaje receptivo y expresivo, normalizadas y administradas individualmente, que se sitúan sustancialmente por debajo de las obtenidas mediante evaluaciones normalizadas de la capacidad intelectual no verbal (Criterio A). Las dificultades pueden darse en comunicaciones que impliquen tanto el lenguaje verbal como el lenguaje gestual.

Las dificultades del lenguaje interfieren el rendimiento académico o laboral, o la comunicación social (Criterio B), y los síntomas no cumplen los criterios de un trastorno generalizado del desarrollo (Criterio C). Si hay retraso mental, déficit sensorial o motor del habla, o privación ambiental, las deficiencias del lenguaje exceden de las habitualmente asociadas a estos problemas (Criterio D). Si hay un déficit sensorial o motor del habla o una enfermedad neurológica, debe codificarse en el Eje III.

Un sujeto afectado por este trastorno experimenta las dificultades asociadas a un trastorno del lenguaje expresivo (p. ej., un vocabulario sensiblemente limitado, errores en los tiempos verbales, dificultad para recordar palabras o producir frases de longitud o complejidad propias de su edad evolutiva, dificultad general para expresar ideas) y también experimenta problemas en el desarrollo del lenguaje receptivo (p. ej., dificultad para comprender palabras, frases o tipos específicos de palabras). En los casos leves pueden observarse dificultades sólo para comprender tipos particulares de palabras (p. ej., términos espaciales) o frases (p. ej., frases complejas del tipo «si-entonces »).

En los casos más graves cabe observar alteraciones múltiples, que incluyen la incapacidad para comprender el vocabulario básico o frases simples, así como déficit en distintas áreas del procesamiento auditivo (p. ej., discriminación de sonidos, asociación de sonidos y símbolos, almacenamiento, rememoración y

secuenciación). Puesto que el desarrollo del lenguaje expresivo en la infancia descansa en la adquisición de habilidades receptivas, virtualmente nunca se observa un trastorno puro del lenguaje receptivo (análogo a una afasia de Wernicke en los adultos).

El trastorno mixto del lenguaje receptivo-expresivo puede ser adquirido o evolutivo. En el tipo adquirido se produce una afectación del lenguaje receptivo y expresivo tras un período de desarrollo normal a consecuencia de una enfermedad neurológica o médica (p. ej., encefalitis, traumatismo craneal, irradiación). En el tipo evolutivo existe una alteración del lenguaje receptivo y expresivo que no está asociada a afectación neurológica alguna de origen conocido. Este tipo se caracteriza por un ritmo lento del desarrollo del lenguaje donde el habla puede iniciarse tardíamente y avanzar con lentitud a través de los sucesivos estadios del desarrollo del lenguaje.

- **Trastorno fonológico (antes trastorno del desarrollo de la articulación)**

La característica esencial del trastorno fonológico es una incapacidad para utilizar los sonidos del habla evolutivamente apropiados para la edad y el idioma del sujeto (Criterio A). Puede implicar errores de la producción, utilización, representación u organización de los sonidos, por ejemplo, sustituciones de un sonido por otro (uso del sonido /t/ en lugar de /k/) u omisiones de sonidos (p. ej., consonantes finales), etc. Las deficiencias en la producción de sonidos del habla interfieren el rendimiento académico o laboral, o la comunicación social (Criterio B). Si hay retraso mental, déficit sensorial o motor del habla, o privación ambiental, las deficiencias del habla

son superiores a las habitualmente asociadas a estos problemas (Criterio C). Si hay un déficit sensorial o motor del habla o una enfermedad neurológica, deben codificarse en el Eje III.

El trastorno fonológico incluye errores de la producción fonológica (esto es, de la articulación) que comportan la incapacidad para producir correctamente sonidos del habla, así como una serie de problemas fonológicos de índole cognoscitiva que implican un déficit para la categorización lingüística de los sonidos del habla (p. ej., dificultad para seleccionar los sonidos del lenguaje que dan lugar a una diferencia de significado). La gravedad oscila entre un efecto muy escaso o nulo sobre la inteligibilidad del habla hasta un habla completamente ininteligible. Habitualmente, se considera que las omisiones de sonidos son más graves que las sustituciones de sonidos, las cuales, a su vez, son más graves que las distorsiones de sonidos. Los sonidos que más frecuentemente se articulan mal son los de adquisición más tardía en la secuencia del desarrollo (*l, r, s, z, ch*), pero en los sujetos de menor edad o más gravemente afectados también pueden afectarse las consonantes y vocales de desarrollo más temprano. El ceceo (esto es, la articulación deficiente de sibilantes) es particularmente frecuente. El trastorno fonológico puede comportar asimismo errores de selección y ordenamiento de los sonidos en las sílabas y palabras (p. ej., *sol* por *los*).

- **Tartamudeo**

La característica esencial del tartamudeo es un trastorno de la fluidez normal y estructuración temporal del habla, que es inapropiada para la edad del sujeto (Criterio A). Este trastorno se caracteriza por frecuentes repeticiones o prolongaciones de sonidos o sílabas (Criterios A1 y A2).

También se observan otros tipos de alteraciones de la fluidez del habla, entre las que se incluyen interjecciones (Criterio A3), fragmentación de palabras (p. ej., pausas dentro de una palabra) (Criterio A4), bloqueo audible o silencioso (p. ej.,

pausas en el habla ocupadas o no) (Criterio A5), circunloquios (esto es, sustituciones de palabras para evitar palabras problemáticas) (Criterio A6), palabras producidas con un exceso de tensión física (Criterio A7) y repeticiones de palabras monosilábicas (p. ej., «Yo-yo-yo le veré») (Criterio A8). La alteración de la fluidez interfiere el rendimiento académico o laboral, o la comunicación social (Criterio B). Si hay un déficit sensorial o motor del habla, las deficiencias del habla son superiores a las asociadas usualmente a estos problemas (Criterio C). Si hay un déficit sensorial o motor del habla o una enfermedad neurológica, se codificarán también en el Eje III. La intensidad del trastorno varía en función de las situaciones y a menudo es más grave cuando se produce una presión especial para comunicar (p. ej., ser preguntado en clase o entrevistado para conseguir un empleo). El tartamudeo suele no producirse durante una lectura oral, cantando o hablando a objetos inanimados o animales.

- **Trastorno de la comunicación no especificado**

Esta categoría se reserva para trastornos de la comunicación que no cumplen los criterios de ningún trastorno de la comunicación específico; por ejemplo, un trastorno de la voz (esto es, una anomalía del volumen, calidad, tono o resonancia vocales).

Clasificación según ICD-10 **Trastorno específicos del desarrollo del habla y del lenguaje:**

- **Trastornos del desarrollo del habla y del lenguaje**

Son trastornos en los cuales las pautas normales de la adquisición del lenguaje están alteradas desde los primeros estadios del desarrollo. Estas condiciones no son atribuibles directamente a anomalías neurológicas o del mecanismo del lenguaje, ni a deterioros sensoriales, retraso mental o a factores ambientales. El niño puede que se comunique mejor en determinadas situaciones familiares que en otras, pero la habilidad para el lenguaje está deteriorada en todas las situaciones.

- **Trastorno específico de la pronunciación**

Es un trastorno específico del desarrollo en el que la pronunciación de los fonemas por parte del niño está por debajo del nivel apropiado para su edad mental, pero en el que existe un nivel normal para el resto de funciones del lenguaje.

- **Trastorno del lenguaje expresivo**

Es un trastorno específico del desarrollo en el que la habilidad del niño para expresar el lenguaje hablado está marcadamente por debajo del nivel apropiado a su edad mental, pero en el que la comprensión del lenguaje está dentro de los límites de la normalidad. Puede o no haber anomalías en la pronunciación.

- **Trastorno del lenguaje receptivo**

Es un trastorno del desarrollo específico en el que la comprensión del lenguaje está por debajo del nivel apropiado a la edad mental del niño. En la mayoría de

casos, el lenguaje expresivo está marcadamente deteriorado y son frecuentes las alteraciones en la pronunciación de los fonemas.

- **Afasia adquirida con epilepsia (síndrome de Landau-Kleffner)**

Trastorno en el que el niño, que previamente ha hecho un progreso normal en el desarrollo del lenguaje, pierde las habilidades receptivas y expresivas de éste, pero conserva la inteligencia general. El comienzo del trastorno se acompaña de anormalidades paroxísticas en el EEG (casi siempre de los lóbulos temporales, normalmente de modo bilateral, pero a menudo con un trastorno disrítmico más amplio), y en la mayoría de casos también de ataques epilépticos. Típicamente, el inicio está entre los 3 y los 7 años, pero el trastorno puede presentarse antes, después o durante la infancia. En un cuarto de los casos, la pérdida del lenguaje ocurre gradualmente en el período de unos meses, pero lo más frecuente es que sea abrupta, en el curso de días o semanas. La asociación temporal entre el inicio de los ataques epilépticos y la pérdida del lenguaje es variable, precediendo unos a la otra o viceversa, entre unos meses y dos años. Es muy característico que el deterioro del lenguaje receptivo sea profundo, y a menudo, la primera manifestación es la dificultad para la comprensión auditiva. Algunos niños enmudecen, otros limitan su expresión a una jerga particular, y otros muestran un ligero déficit en la fluidez verbal, acompañado de disartrias. En algunos casos, la calidad de la voz se afecta, con una pérdida de las inflexiones normales. A veces, las funciones del habla fluctúan en las fases tempranas del trastorno. Los trastornos emocionales y del comportamiento son bastante frecuentes en los meses posteriores a la pérdida inicial del lenguaje, pero tienden a mejorar cuando el niño adquiere otras formas de comunicación. La etiología de este trastorno se desconoce, pero las características clínicas sugieren la posibilidad que se trate de un proceso inflamatorio encefálico. El curso del trastorno es bastante variable: unas dos terceras partes de los niños se quedan con un déficit del lenguaje receptivo más o menos severo y una tercera parte se recuperan completamente.

- **Otros trastornos del desarrollo del habla y del lenguaje**

- **Trastorno del desarrollo del habla y del lenguaje sin especificación:**

Esta categoría se debe evitar siempre que sea posible y solo se debe utilizar para los trastornos inespecíficos en los que hay un deterioro en el desarrollo del habla y del lenguaje que no se debe a un retraso mental o a deterioros neurológicos, sensoriales o físicos que afecten directamente al habla y al lenguaje.

c) Clasificaciones basadas en criterios neurolingüísticos:

Una aproximación alternativa de clasificación ha sido adoptada por Rapin y Allen (1983) quienes propusieron una nosología basada en la observación clínica de características lingüísticas de deterioro del lenguaje. Esta clasificación no se restringe a los niños con trastornos del lenguaje específicos, pues intenta que sea aplicable a

todos los niños con dificultades del lenguaje, independientemente de si otros trastornos están presentes, como podría ser el caso del autismo.

El tipo de trastorno más común que reconocen es el **síndrome fonológico-sintáctico**, donde el niño tiene problemas en el aprendizaje del sistema de sonidos del lenguaje (fonología) y ha limitado el dominio de estructuras gramaticales (sintaxis) en el lenguaje expresivo. La mayoría de los niños que serían clasificados como casos de trastorno del lenguaje expresivo en el DSM-IV encajaría en esta categoría.

Rapin y Allen distinguen el síndrome fonológico-sintáctico del **síndrome de programa fonológico deficitario** en el que las dificultades expresivas son tan severas en la comprensión del niño que es ininteligible, pero normal en la conservación.

Otro tipo diferente de trastorno expresivo es el **síndrome deficitario léxico-sintáctico**, donde el niño habla claramente, pero tiene problemas para encontrar palabras y para la formulación de oraciones. En este caso, el lenguaje del niño no parece evidentemente anormal, cosa que hace que este tipo de problema puede pasarse por alto a menos que se usen valoraciones estandarizadas.

Un tipo de trastorno de lenguaje receptivo poco común descrito por Rapin y Allen es la **agnosia auditiva verbal** que se diagnostica cuando un niño con problemas de comprensión severos tiene dificultad para interpretar sonidos del lenguaje. Muchos niños con afasia epiléptica adquirida recibirían este diagnóstico, aunque el diagnóstico también se aplicaría a otros niños con problemas de comprensión severos que tienen un trastorno de desarrollo.

Se ven problemas de comprensión de diferente tipo en niños con **síndrome semántico-pragmático**. La semántica es la rama de la lingüística que tiene relación con el significado, y la pragmática hace referencia a cómo se usa el lenguaje en contextos diferentes. El diagnóstico para las anomalías del niño en este nivel se da en el contenido y uso del lenguaje, más que en los aspectos de la forma del lenguaje (e.g. gramática y fonología). Rapin (1982) resumió las características clínicas de estos niños como la inclusión de un discurso fluente, claramente articulado que puede ser ecológico y con problemas en la palabra-clave y daño en la comprensión del lenguaje. Estos niños son habladores y pueden describirse como hiperverbales. Aquellos que encajan en este cuadro clínico produce un lenguaje raro y impropio, en lugar de parecer sólo pobre para su edad.

Aunque la nosología propuesta por Rapin y Allen parece ser un paso hacia adelante a la hora de redefinir la clasificación del trastorno del desarrollo del habla, cualquiera que intente aplicar este sistema en el ámbito clínico se encontrará que los límites de diagnóstico permanecen imprecisos. Varios estudios han encontrado que el perfil de deterioro del lenguaje ejecuta cambios con niños maduros (Bishop & Edmundson, 1987a; Scarborough Dobrich, 1990; el Whitehurst et al., 1991a), y es posible que alguno de los subgrupos que se han descrito corresponda a los diferentes puntos en el desarrollo, en lugar de ser entidades clínicas distintas.

Valoración del niño con problemas del lenguaje y habla

a. Entrevista a los padres:

Se realizará una anamnesis con los padres, la historia perinatal, médica y familiar puede proporcionar algunas pistas acerca de la etiología del trastorno, aunque no es raro encontrar una historia tranquila en niños con trastorno del desarrollo del lenguaje y habla. Pocos niños tienen una indicación clara de enfermedad neurológica.

La entrevista con los padres no sólo proporciona información importante sobre las características del niño, sino también del nivel de ansiedad paternal, la actitud hacia su hijo. No es extraño que los padres de niños primogénitos ignoren que el progreso de su hijo es lento, hasta que el niño sale de la guardería y entra en la escuela, donde la diferencia con las habilidades verbales de otros niños se pone de manifiesto.

Muchos niños con desarrollo del lenguaje tardío también tienen otros trastornos del comportamiento, pero se puede ignorar considerando que los otros son más importantes.

b. Examen físico.

Para el niño con problemas del lenguaje y habla es especialmente importante la realización de un examen cuidadoso de la integridad estructural y funcional del aparato del habla. Se debe estar alerta a la posibilidad de anomalías físicas que pueden interferir en la producción del habla.

Hacer muecas involuntarias, babear, las anomalías del reflejo del mordisco y el deterioro de chupar y tragar son señales relevantes sobre la neurona motora superior. La mayoría de los niños con un trastorno del habla causado por una enfermedad neurológica habrá tenido un retardo en las habilidades motoras, con anomalías en el tono muscular, reflejos primitivos persistentes y/o movimientos involuntarios.

d. Valoración de la audición

El fracaso para descubrir la pérdida de oído es uno de los errores diagnóstico más serios que aparecen en este campo y lleva a algunos profesionales a recomendar que todos los niños con trastorno del lenguaje y del habla realicen previamente una evaluación del aparato auditivo. Sin embargo, en muchos países semejante situación pondría una carga insostenible en los servicios de audiología. Pero es peligroso confiar en las observaciones informales de la sensibilidad perceptiva del niño aunque existan pruebas de "screening" de gran fiabilidad.

Cuando un niño no da evidencia clara e inequívoca de oído normal en una prueba de "screening" entonces se requiere una valoración completa del audiólogo. Allí se establece un correcto procedimiento para la evaluación del comportamiento auditivo usando la audiometría del tono en niños de más de 3 años, pero estos son inapropiados para niños más pequeños donde la concentración y cooperación son menores.

Durante las últimas dos décadas, se ha inventado un tipo de procedimiento electrofisiológico que permite proporcionar la estimación del umbral exacto en tales casos. El método más conocido es la **audiometría de la respuesta cerebral evocada**, una técnica en la cual se presenta un repetitivo clic o tono, y la respuesta eléctrica en el cerebro se graba y se promedia a través de los múltiples estímulos. Existe una buena correspondencia entre estimación del umbral basada en la electrofisiología y los resultados obtenidos con la audiometría. (Paning y Elberling, 1982).

La **timpanometría** es otro procedimiento que se caracteriza por ser rápido y simple para evaluar la función del oído, pero no es correcta la valoración por sí sola sin tener en cuenta otros métodos, debido al alto porcentaje de casos en que se dan grabaciones anormales que solo reflejan cambios transitorios con ausencia de una patología clara o deterioro significativo del oído.

Algunos niños con trastorno del lenguaje receptivo muestran una marcada diferencia entre los resultados de la prueba audiológica y las reacciones a los estímulos del oído fuera de la situación de la prueba. Estos niños pueden mostrar una pobre discriminación entre estímulos auditivos o reactividad inconstante a los sonidos, de una ocasión a otra, y aún si la audición es adecuada en base a procedimientos como la electrocolegrafía o respuestas cerebrales evocadas, entonces se dictamina a menudo el diagnóstico 'de audición' normal remitiendo al niño a otros especialistas. Cuando se observa este tipo de cuadro incoherente se deben considerar otras posibilidades. La primera es que la valoración del audiólogo pueda ser inexacta o incompleta. Negaciones falsas (es decir un diagnóstico de oído normal cuando en realidad existe una pérdida de oído) no debería ocurrir cuando los hábitos del comportamiento auditivo han sido realizado por un especialista calificado, pues los procedimientos se diseñan para prevenir las suposiciones. Sin embargo, McCormick (1988a) encontró que había una alta proporción de error en las pruebas de screenings que fueron administrados por individuos que tenían un entrenamiento breve en su uso. Esta situación se puede mejorar mediante un buen entrenamiento. Los métodos de Electrofisiología generalmente se consideran como muy exactos, aunque son insensibles a la pérdida de oído por debajo de los 1000 Hz. Un diagnóstico negativo falso probablemente aparece cuando se pone confianza en una sola medida de oído periférico, como el reflejo acústico o la timpanometría (Berlín, 1978).

La segunda posibilidad a considerar es que el niño tenga una pérdida de oído progresiva. Merece la pena repetir la exploración audiométrica al cabo de unos meses si el comportamiento del niño continúa haciendo pensar en un oído pobre. Si no se pueden aplicar ninguna de estas dos explicaciones, entonces se puede pensar que el niño tenga un deterioro del aparato auditivo central.

El procesamiento del lenguaje implica la discriminación entre los estímulos transitorios con espectros complejos, existiendo evidencia en el estudio animal de que las lesiones corticales dañan tales discriminaciones, pero las técnicas audiométricas convencionales todavía no evalúan esta habilidad, pues solo se le exige al niño que descubra si un sonido ha ocurrido o no. Desgraciadamente no hay ninguna prueba estandarizada no-verbal en niños, que pruebe las funciones de la audición. El diagnóstico de deterioro de la audición central a veces se hace en base a las respuestas de oído anormales que, en adultos, se conocen como indicativas de lesiones en la corteza auditiva. Éstos incluyen problemas de comprensión o en el filtro del lenguaje y dificultades en la integración de sonidos auditivos de las dos orejas (Jerger, 1964). Hay, sin embargo, peligros en el uso de pruebas que involucran estímulos del habla para diagnosticar el deterioro auditivo central en un niño con lenguaje pobre.

e. Valoración de la comunicación no-verbal

En niños normales, la adquisición del lenguaje viene estrechamente ligada al

desarrollo de otros aspectos del comportamiento simbólico y comunicativo. Así, antes de que las primeras palabras se produzcan, los gestos infantiles y la mirada realizan las funciones comunicativas para pedir o mostrar. El niño normal es muy sociable, consciente del interés en los otros y busca ganar la atención del cuidador siendo sensible a las respuestas comunicativas. La mayoría de los niños con dificultades en la utilización de la comunicación verbal la compensarán con el uso de métodos comunicativos no-verbales como son los gestos (el fracaso para esta compensación sugiere la posibilidad de un trastorno autista).

La mayoría de las valoraciones del lenguaje en los niños pequeños incluyen algunos ítems que tienen relación con el uso de la comunicación no-verbal.

f. Valoración de inteligencia no-verbal

El desarrollo tardío del lenguaje es a menudo la primera señal de la advertencia de retrasos generales inexplicados en el desarrollo. Montgomery (1988) encontró que el retraso del lenguaje era un síntoma común en niños de 2 a 6 años que no tenían ningún síndrome identificable pero su CI estaba por debajo de 70. Es por consiguiente importante evaluar la inteligencia en cualquier niño que presenta con desarrollo tardío del lenguaje. Los mejores procedimientos para evaluar la inteligencia de niños con problemas del lenguaje son los que están libres de los efectos del trastorno del lenguaje. Así pues, La Escala de Inteligencia de Stanford-Binet (de Terman Merrill, 1960) no es adecuada, porque incluye muchos ítem que involucran el lenguaje expresivo y receptivo, mientras que los subtests de la escala del Wechsler (Wechsler, 1974, 1990) son más apropiados y estandarizados. Otras pruebas que se usan en este contexto son la Escala de Madurez Mental Columbia (Burgemeister et al. 1972), y las Matrices progresivas de Raven (Raven, 19631). Aunque estas pruebas usan instrucciones verbales, raramente plantean problemas en la comprensión de lo que se le requiere al niño. En niños pequeños con problemas de comprensión severos puede preferirse una prueba que no involucre ninguna instrucción verbal. La escala Internacional de Rendimiento Leiter (Leiter, 1969) se diseñó para niños sordos, y se usa sin instrucciones verbales. Sin embargo aún faltan datos para la interpretación actual de los resultados estandarizados.

Puede aparecer cierta reticencia en algunos psicólogos para usar las pruebas de inteligencia con niños con daños en el lenguaje. Stark y Tallal (1981) muestran que 50 de 132 niños referidos como casos de lenguaje específico y trastornos del habla tenían CI no-verbal inferior a 85, con lo menos 10 de estos por debajo de 60. Existía la creencia de que las habilidades innatas estaban enmascaradas por problemas del lenguaje. Sin embargo, estos niños no mostraron ninguna evidencia de habilidades latentes cuando se probó el uso de instrumentos estandarizados en poblaciones sordas. Parece que el CI no-verbal proporciona un diagnóstico útil y información del pronóstico.

Intervención

El momento idóneo para la intervención en este tipo de trastorno equivale a lo más pronto que sea posible. La ventaja obvia de una intervención temprana es que se tiene la oportunidad de actuar antes de que el trastorno sea mayor, pudiéndose evitar las consecuencias negativas que se inician cuando los niños se dan cuenta del

fracaso. Muchos niños con retraso del habla temprano crecen fuera de sus dificultades, siendo así que cuando más pequeño es el niño identificado mayor probabilidad existe de resolverse el trastorno con un tratamiento. Esta afirmación se corrobora mediante dos estudios controlados de intervención basados en niños de 2-3 años con retraso temprano del lenguaje. En los dos estudios se encontró que todos los niños tuvieron ganancias sustanciales, sin tener en cuenta el qué tipo de tratamiento de llevó a cabo (Stevenson. et. al.,1982; el Whitehurst et al., 1991).

Algunos alegan que es mejor tratar a un niño que no puede necesitarlo que negarles tratamiento a aquéllos que lo necesitan. Sin embargo, el tratamiento puede generar atención de los padres y autoconsciencia en los niños. Cuando existe una situación de escasos recursos es importante asegurar que el tratamiento sólo se dirige a aquéllos que realmente lo necesitan. Un punto a tener en cuenta es que los padres necesitarán consejo y guía, incluso cuando la prognosis es buena.

Así pues, los objetivos que deben figurar en la intervención son, en primer lugar aliviar la culpa o ansiedad dándose énfasis en que las dificultades del habla del niños no son causados por factores ambientales del ámbito familiar; y en segundo lugar, intentar que los padres no se transformen en el maestro del lenguaje del niño; y en último lugar, la aceptación alentadora del esfuerzo comunicativo del niño, sea este de tipo verbal o no verbal. Las familias verbales y articuladas pueden necesitar que se les haga consciente de la necesidad de reducir la velocidad de la conversación, darle tiempo al niño con trastorno del habla para formular pronunciaciones, y para acostumbrar al idioma simple a un niño que tiene problemas de comprensión.

Ejemplos de intervenciones concretas:

Retraso simple del habla

El objetivo principal en esta intervención debe ser el de mejorar la intencionalidad comunicativa y disminuir inhibición, mejorando el uso pragmático, ampliando el vocabulario y usar frases más largas.

En un primer momento y para establecer una buena relación psicoterapéutica que permita y favorezca todo el tratamiento posterior se pueden proponer actividades lúdicas y que generen poca angustia, como por ejemplo canciones infantiles, juguetes dirigidos a estimular el juego simbólico, a medida que se va jugando se establece una interacción con el niño, donde a la vez vamos se va reproduciendo en voz alta todas las acciones del juego. También es recomendable el uso de cuentos infantiles ilustrados.

Más tarde se pueden introducir actividades para aumentar el vocabulario: Lotos, puzzles, juegos de memoria sencillos, encajes... Paulatinamente se irán introduciendo juegos y actividades que requieren una mayor complejidad de las frases (describir acciones).

Tartamudez:

Cuando se hace una intervención en la tartamudez los objetivos básicos serán el aprendizaje de un patrón alternativo de habla lenta y alargada. Habrá que identificar y localizar las señales de tensión para poder disminuirlos, reduciendo preocupación y anticipación mediante técnicas cognitivas. Se harán ejercicios de control de la tensión

general y local en la garganta para favorecer el habla correcta y sin tartamudeo y de esta manera favorecer el habla espontánea.

Una parte muy importante de la intervención en la tartamudez de niños y adolescentes es la intervención con los padres, a ellos se les debe orientar como favorecer el habla fluida, ayudarles a modificar actitudes: disminuyendo la exigencia y aumentando la tasa de refuerzos.

Lo primero que se hará con el niño será establecer objetivos. Después se empieza a entrenar primero en la lectura, donde es más fácil que el tartamudeo no se produzca, progresivamente se empieza a entrenar un habla lenta y prolongada, manteniendo la prosodia normal. Se inicia el entrenamiento con “lectura simultánea” y “en coro” junto con el terapeuta, un habla más lenta reduce el tartamudeo, por tanto se animará al niño a hablar más lentamente, esto también facilitará la formulación del lenguaje, los movimientos articulatorios, la coordinación e integración de sistemas respiratorio, fonatorio y articulatorio. Se le enseña al niño a hablar a “cámara lenta”, o “como una tortuga, el niño lee simultáneamente con el terapeuta con lo cual se establece la fluidez del habla ya que el niño atiende más a la lectura del terapeuta que a la propia, se utiliza a modo de juego, se entrena la lectura en voz alta para poder leer en clase. Durante la lectura aparece tensión en la garganta, se le explica la consecuencia de esto, se le enseña el “comienzo fácil”, se ensaya el patrón de habla en conversación. Se utilizará un estilo pausado, con turnos de habla lentos y períodos de silencio frecuentes, se reduce el número de preguntas directas y no se exige hablar. El comienzo fácil consiste en iniciar el habla con un comienzo suave y gradual de la fonación y una espiración estable, se comienza a un nivel inaudible y se va aumentando el tono de voz de forma gradual, es un contacto articulatorio blando, que reduce la tensión en momentos de bloqueo. La prosodia se mantiene normal.

Posteriormente, se trabajará con entrenamiento en técnicas de relajación, como la técnica de Jacobson para niños, ejercicios de respiración profunda. Se realizará una jerarquía de situaciones para valorar la dificultad de sus interacciones comunicativas y se irá avanzando en la jerarquía con práctica regular en la sesión y en casa, estas situaciones se trabajan a modo de desensibilización sistemática.

Paralelamente se llevará a cabo el control de la ansiedad, se profundiza en aquellas conductas de evitación ya sea del habla o de situaciones. Se trabaja el afrontamiento de situaciones y la no evitación y con todo el “círculo vicioso” de este procedimiento. Se le enseña a aplicar el método de relajación y de respiración a las zonas tensas. Se le hace practicar en casa para una mayor generalización. Además se profundiza en las ideas irracionales que puedan haber de base como puede ser la búsqueda de un gran perfeccionismo. Se le pueden dar pautas como por ejemplo que a medida que habla, lleve a cabo la autoinstrucción:

- ¿Cuál es mi problema?
- ¿Qué es lo que voy a hacer?
- ¿Cómo lo estoy haciendo?
- ¿Qué voy a hacer ahora?

Se ayuda al niño a que tenga una actitud de control interno. Se puede utilizar la técnica del *role-playing* dentro de la sesión, para que luego pueda trasladar lo aprendido a otras situaciones. Más tarde se inicia práctica en casa, que en un inicio es de 5 minutos y que luego se aumenta el tiempo progresivamente. Trabajan con

lectura, conversación y/o juego, se le ayudará a reducir la velocidad del habla, alargando los sonidos iniciales, con turnos de habla lentos.

La orientación a los padres incluirá pautas y orientación, práctica diaria, modificar actitudes y conductas, adaptar el lenguaje a las dificultades del niño, no atender continuamente a los errores del habla, observarlo cuando habla fluido. Se les hace hacer un registro de situaciones de habla fluida y se les insta a aplicar la disciplina, pautas y responsabilidades en la dinámica familiar tal y como corresponde a su edad y similar a la de los hermanos. En definitiva se disminuye su preocupación y se le refuerza su colaboración.

Reeducación del lenguaje:

La reeducación supone una estimulación y una potenciación de aptitudes y habilidades básicas del niño. Cuya finalidad es la superación de sus déficit a nivel intelectual y madurativo .

Se debe tener en cuenta que la reeducación reinicia aprendizajes no establecidos, no son clases para corregir o enseñar a mejorar, no es la continuación de la escuela, en las sesiones de reeducación se incide sobre la totalidad del individuo, teniendo en cuenta su personalidad. Teniendo en cuenta que todos los niños son diferentes y por tanto la enseñanza debe adaptarse a las circunstancias de cada niño, a su psiquismo, a sus necesidades y a sus capacidades.

El niño debe recibir una atención especializada en un espacio y tiempo para él. Debe sentirse aceptado, escuchado y valorado. Estableciéndose con él una relación de empatía, comprensión, seguridad y complicidad donde se favorecerá la motivación, el deseo de aprender y la autonomía.

Los ejercicios serán adecuados: al momento evolutivo, al nivel de capacidad y a la personalidad del niño.

La reeducación supone volver a educar, implica tener en cuenta: la conducta total del niño, sus conocimientos previos, su grado de madurez , su medio ambiente, su dominio del lenguaje, su nivel de expresión psicomotriz y el interés en sus expectativas personales.

Es necesario valorar la reeducación de manera global y generalizada, donde se combinen de manera integrada los distintos niveles interrelacionados: lectura, escritura, cálculo, motricidad, lenguaje.

El material utilizado será adecuado al nivel del niño y al tipo de anomalía que quiere corregirse, debe ser atractivo, debe ser cómodo en su manipulación, de dificultad gradual y progresiva según la edad y características del niño, los ejercicios se deben repetir para ir afianzando el aprendizaje del niño.

Las actividades básicas a trabajar son: coordinación viso-motriz, percepción temporal y ritmo, relajación, memoria, atención, estructuración del lenguaje y estructuración ideativa.

Los ejercicios de reeducación del lenguaje serán actividades destinadas al desarrollo de aptitudes lingüísticas, el desarrollo del pensamiento y capacidad de relacionarse socialmente. Los ejercicios deben ser de corta duración y planteados como un juego.

