

11258
13



SECRETARIA DE SALUD

INSTITUTO DE LA COMUNICACION HUMANA
"Dr. Andrés Bustamante Gurría"
CENTRO NACIONAL DE REHABILITACION

IDENTIFICACION DEL TRASTORNO ESPECIFICO DEL
LENGUAJE "SPECIFIC LANGUAGE IMPAIRMENT" EN
NIÑOS DE 3 A 6 AÑOS CON RETARDO DE LENGUAJE
EN EL INCH.

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
**ESPECIALISTA EN COMUNICACION
AUDIOLOGIA Y FONIATRIA
P R E S E N T A :**
DRA. ANA LUISA TAPIA SERRANO

ASESOR: DRA. BLANCA GRACIELA FLORES AVALOS



MEXICO, D. F.

S. S. A.
INSTITUTO NACIONAL DE LA COMUNICACION HUMANA
"DR. ANDRÉS BUSTAMANTE GURRÍA"
JEFATURA DE ENSEÑANZA

FEBRERO 2003

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

1



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**TESIS
CON
FALLA DE
ORIGEN**

PAGINACIÓN DISCONTINUA



FIRMAS DE AUTORIZACIÓN




Dr. Emilio Arch Tirado
Dr. En C. MVZ Jefe de la División de Investigación





Dra. Xochiquetzal Hernández López
Jefe de la División de Enseñanza
del Instituto de la Comunicación Humana



Dra. Blanca G. Flores Avalos
Adscrito al Servicio de Neurofisiología del
Instituto de la Comunicación Humana
Asesor

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

ÍNDICE

PAGINAS

IDENTIFICACIÓN DEL TRASTORNO ESPECÍFICO DEL LENGUAJE "SPECIFIC LANGUAGE IMPAIRMENT" EN NIÑOS DE 3 A 6 AÑOS CON RETARDO DE LENGUAJE EN EL InCH.	2
INTRODUCCIÓN	3
ANTECEDENTES	5
MARCO TEÓRICO	13
CRITERIOS PARA IDENTIFICAR EL TRASTORNO ESPECÍFICO DEL LENGUAJE	13
FISIOPATOLOGÍA DEL RETARDO DEL LENGUAJE	17
CLASIFICACIÓN DE LOS RETARDOS DE LENGUAJE SEGÚN AZCOAGA	19
<i>Retardo de lenguaje de Patogenia Audiógena</i>	20
<i>Retardo de Lenguaje de Patogenia Anártrica</i>	20
<i>Retardo de Lenguaje de Patogenia Afásica</i>	20
<i>Alteraciones del lenguaje de causas psicógenas</i>	21
BATERÍA PARA LA EVALUACIÓN DE LA LENGUA ESPAÑOLA (BELE)	22
<i>Escala de comprensión</i>	24
<i>Escala de Definiciones</i>	24
<i>Escala de Producción Dirigida</i>	25
<i>Escala de narración</i>	25
INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS CUANTITATIVOS	26
INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS CUALITATIVOS	30
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	31
OBJETIVOS	32
PROPÓSITO	33
HIPÓTESIS	34

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

JUSTIFICACIÓN	35
MATERIAL Y MÉTODOS	37
<i>Criterios de inclusión</i>	38
<i>Criterios de exclusión</i>	38
<i>Criterios de eliminación</i>	38
<i>Material y Metodos</i>	38
INSTRUMENTO DE TRABAJO	41
<i>Prueba de comprensión (BELE)</i>	41
<i>Prueba de definiciones (BELE)</i>	42
<i>Prueba de producción dirigida (BELE)</i>	43
<i>Prueba de narración (BELE)</i>	44
RESULTADOS	45
TABLA DE RESULTADOS	48
GRÁFICAS	49
DISCUSIÓN y CONCLUSIONES	53
BIBLIOGRAFÍA	56

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

AGRADECIMIENTOS

A Dios.

Gracias por la vida, salud y amor que fueron el impulso para culminar esta
Meta.

A ti Miguel,

Porque solo Gracias a tu amor y apoyo incondicionables he
Llegado hasta donde estoy.

José Miguel, mi chaparro de oro,

Esta tesis es tuya, infinitamente gracias
Por ser como eres.

A mis papás y suegros,

Porque nunca dejarán de ser la piedra angular de sus hijos, gracias porque siempre me apoyaron en los momentos que más los necesité.

Queridas amigas, Adriana, Rocío, Tania,

Siempre las recordaré, porque la verdadera amistad perdura por siempre, recordaremos los momentos difíciles de la residencia, pero serán imborrables los momentos de alegría en que estuvimos.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

**IDENTIFICACIÓN DEL TRASTORNO ESPECÍFICO DEL LENGUAJE
"SPECIFIC LANGUAGE IMPAIRMENT" EN NIÑOS DE 3 A 6 AÑOS CON
RETARDO DE LENGUAJE EN EL INCH.**

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

INTRODUCCIÓN

Este problema ha comenzado a ser objeto de ponderación, desde hace casi ciento cincuenta años, por estudios de la patología audiológica, al igual que sucedió con la dislexia por parte de algunos oftalmólogos; pero es a partir de los años 50 cuando el trastorno se delimita y cobra carta de naturaleza en la nosotaxia, de la mano de autores como Ingram (1), Benton, Ajuriaguerra y Borel-Maissonny. Los niños afectados desarrollan sus capacidades lingüísticas de forma tardía, pobre y distorsionada; y ello, sin deficiencias sensoriales ni trastornos psicopatológicos o carencias ambientales que lo justifiquen.

Durante los años 70 y 80 ha ocurrido una verdadera explosión de estudios descriptivos, con base psicolingüística, tratando de definir subtipos y rasgos clínicos que permitan definir la naturaleza del trastorno sobre bases fenoménicas positivas, frente a la clásica definición por exclusión. También ha sido notable el esfuerzo de investigadores en la búsqueda de pistas que puedan informarnos sobre posibles causas y mecanismos neurodisfuncionales del Trastorno específico del lenguaje (TEL)(2)

Existe una notable confusión respecto a la denominación de este trastorno. Los numerosos nombres empleados para su identificación responden, por un parte, a lo que se considera nuclear en él desde diversas ópticas, y, por otra, a la necesidad de los técnicos en su tratamiento de distinguirlo de otros trastornos. Los términos más usuales son disfasia, retraso del lenguaje, etc. Se adopta la expresión "**Trastorno Específico del Lenguaje**" como la mejor forma de identificar la patología lingüística de que se trata (1)

El Trastorno del Lenguaje se refiere a todos los problemas que ocurren cuando el lenguaje de un niño no se desarrolla con la velocidad y nivel de otros de igual edad. El término no identifica la naturaleza del trastorno y su motivo, sólo señala el hecho de que el desarrollo del lenguaje no ha sido adecuado para la edad (3)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ANTECEDENTES

En 1822, Gall publicó la descripción de un niño con claro problema de lenguaje, pero que no exhibía las características de otros desórdenes conocidos. Este caso fue publicado en inglés, francés y en alemán. Los autores enfatizaron la aparente inteligencia (no verbal) normal, la comprensión adecuada y la importante limitación del lenguaje de este niño.

Estos estudios incluyeron el reporte de Wilde (1853)(4), Benedickt (1865)(5), Broadbent (1872)(6), Waldenburg (1873)(7), Clarus (1874)(8), Bastian (1880)(9), Uchermann (1891)(10), Wyllie

(1894)(11), Lavrand (1897)(12) y Moyer (1898)(13). Durante este período Vaisse (1866)(14) introdujo el término "afasia congénita" y lo aplicó a este niño. Sin embargo, en la literatura alemana se usó el término "hearing mutism", el cual se mostró apto en gran parte porque los autores discutieron sobre cómo la producción del lenguaje del niño era sumamente restringido. La dificultad en la pronunciación fue atribuida a severos problemas fonológicos (Gutzmann, 1894)(15); (Treitel, 1893)(16). La aparente aberración a incluir dificultades gramaticales en esta categoría clínica continuó hasta el siglo XIX.. Liebmann (1898)(17) fue el primero en discutir sobre subtipos de niños, pero su descripción cubrió solo severas limitaciones en la producción del lenguaje. Un subtipo constituía un déficit puramente motor. Un segundo subtipo presentaban adecuada comprensión en tareas sencillas. El tercer subtipo involucra niños con déficit significativo de la comprensión del lenguaje. Este último subtipo comienza a hablar de la "congenital word deafness" (McCall, 1911)(18), subsecuentemente el término "congenital auditory imperception" (Worster-Drought y Allen, 1929)(19) y "congenital verbal auditory agnosia" (Karin, 1954) también fueron usados.

Por la ausencia de daño neurológico en estos niños, algunos autores propusieron que la naturaleza del problema era funcional (Coen, 1886) limitaciones en la atención y memoria fueron hipótesis que jugaron un rol importante (Treitel, 1893)

En la literatura inglesa y francesa a principios de 1900 el término utilizado fue el de "congenital aphasia". El déficit en la comprensión así como en la producción se incluyeron en esta categoría. Adicionales avances se hicieron acerca de las bases de estas dificultades. Ewing (1930) observó que el patrón de cambio en estos niños consiste en un significativo deterioro del neurodesarrollo. Durante este período, surgieron evidencias de una base hereditaria para la forma expresiva de la afasia congénita en un estudio de gemelos por Ley (1929) (20)

Con el progreso del siglo XIX, el término "afasia" se acompañó de nuevas modificaciones, sin embargo, el término básico no se modificó. Gessell y Amatruda (1947) usaron el término "afasia infantil" como otros autores (Van Gelder, Kennedy y Lagauite, 1952) El término "afasia del desarrollo" usado en la segunda década del siglo (Kerr, 1917), volvió a usarse en los 1950s. Estudios influyentes por Morley, Court, Miller Garside (1955), T. T. S. Ingram y Reid (1956), Benton (1964) y Eisenson (1968) utilizaron este término. En este tiempo, algunos autores comenzaron a usar el

término "afasia expresiva del desarrollo" y "afasia receptiva-expresiva del desarrollo" (más tarde se utilizó el término "afasia receptiva del desarrollo") para distinguir entre déficit centrales de la producción del lenguaje y los que involucraban la comprensión así como la producción.

Una inspección de la literatura muestra claramente que niños con problemas gramaticales fueron incluidos en la categoría de afasia del desarrollo, frecuentemente toma un estadio central.

A principio de los 60s, el término "disfasia" comenzó a utilizarse en lugar de del de "afasia" (Ajuriaguerra, Jaeggi, Guignard, Kocher, Maquard, Roth y Schmid, 1965; Inhelder, 1963; P. Weiner, 1969) por los 80s, algunos autores seleccionaron uno de éstos dos términos como más probable el uso de "disfasia del desarrollo" (Chiat y Hirsón, 1987; Clahsen, 1989; Wyke, 1978) la técnica exacta para poder tener una razón de este gradual cambio; es que el prefijo *a-* implica la ausencia de lenguaje, en cambio *dis-* implica solo problemas con el lenguaje (Eisenson, 1972)

Aunque, "afasia del desarrollo" gradualmente cambió a "disfasia del desarrollo", la más saliente tendencia en la literatura de la segunda mitad del siglo es un gradual cambio de los dos términos. Esto parece tener dos razones para su desarrollo. Primero "afasia" y "disfasia" tienen una connotación neurológica, doble, por supuesto, el uso como etiqueta de disrupción del lenguaje causada por un discreto daño cerebral como el resultado de un accidente vascular cerebral. A fines de los 60s niños con daño cerebral postnatal se consideraba parte de la categoría de disfasia del desarrollo (Johnston, 1988) Niños con sufrimiento neurológico tal fueron descritos ahora como "niños con afasia adquirida" o "niños con daño cerebral focal". Más tarde el término se prefirió cuando el daño ocurría a principio de la adquisición del lenguaje. Cuando la interrupción del lenguaje ocurre con el ataque de un desorden convulsivo, el término "síndrome de Landau-Kleffner" es usado, después de investigar quién describió el problema (Landau y Kleffner, 1957)

La segunda razón del lejano cambio de "afasia" y "disfasia" fue enfatizada. Esta era una descripción más intensa de las características lingüísticas de este lenguaje infantil. En consecuencia la mayoría de los términos aplicados a estos niños contiene el término "lenguaje" por lo que lleva a un trastorno. Desafortunadamente, la mayoría de autores en este período no tienen una consistencia en el término empleado. Desde 1960s, el seguimiento tuvo que aparecer en la literatura: "lenguaje infantil" (Menyuk, 1964), "afasoides" (Lowe y Campbell, 1965), "Retraso del habla" (Lovell, Hoyle

y Soddall, 1968), "lenguaje desviado" (Leonard, 1972), "desorden del Lenguaje" (Ress, 1973), "Retraso del lenguaje" (P. Weiner, 1974), "trastorno del desarrollo del Lenguaje" (Aram y Nation, 1975), "trastorno del desarrollo del Lenguaje" (Wolfus, Moscovitch y Kinsbourne, 1980), "déficit Específico del Lenguaje" (Strark y Tallal, 1981), y "Deterioro del Lenguaje" (Johnston y Ramstud, 1983).

Investigadores de ciencia académicos o preacadémicos estudiosos de estos niños algunas veces emplean el término "inhabilidades para el lenguaje/aprendizaje" o "trastorno del lenguaje/aprendizaje" (Tallal, Ross y Curtiss, 1989) (21) probablemente como un recordatorio que estas expresiones de los niños con déficit de lenguaje no excluyen tener considerables inhabilidades del aprendizaje (de hecho, estos déficit pueden tener un componente central) El término "**specific language impairment**" (Leonard, 1981), en que su abreviatura SLI (Fey y Leonard, 1983) es el término más extensamente adoptado en el presente, especialmente en la reciente literatura.

El mundo clínico y educacional también está repleto de términos alternativos para el SLI. El *Manual de Diagnostico y Estadística de desórdenes mentales, cuarta edición (DSM-IV)* (American Psychiatric Association, 1994) usa el término "Desorden del desarrollo del Lenguaje" con los subtipos "expresivo" y "receptivo y expresivo". *La Clasificación Internacional de enfermedades, novena edición, modificación clínica (ICD-9-CM)* (United States Department of Health and Human Services, 1995) emplea el término "afasia del desarrollo" y "palabra sorda" así como también "desorden del desarrollo del Lenguaje". Finalmente, algunos profesionales en la esfera clínica toman el corazón guía de la Organización Mundial de la Salud (Wood, 1980) que marca una distinción entre "trastorno", "inhabilidad" e "impedimento". El primero de estos términos se utiliza para referirse a esa anomalía; el segundo, a las consecuencias funcionales de la anomalía (el niño no puede comunicarse igual); el tercero, a las consecuencias sociales de la anomalía (aislamiento social)

Los niños con disfasia del desarrollo difieren considerablemente entre sí, hasta los últimos años se había puesto poca atención en desarrollar un sistema para clasificarlos en subgrupos. La clasificación más difundida deriva de agruparlos en: a) trastornos que afectan sólo la expresión o predominantemente la expresión; y b) aquellos que afectan primariamente la recepción y la expresión como consecuencia del déficit receptivo (22). Esta clasificación es similar a la

clasificación de la afasia del adulto y coincide con el punto de vista en que se ve al lenguaje como un sistema en el que existen operaciones de aferencia que necesariamente deben preceder a operaciones de procesamiento y éstas ser seguidas de la emisión del habla, que es el último eslabón de la cadena.

Aram y Nation hicieron el primer intento de clasificación utilizando pruebas formales del lenguaje sometiendo los resultados de dichas pruebas al análisis de factores. Ellos integraron una pequeña batería de pruebas para valorar los aspectos semántico, sintáctico y fonológico de la comprensión, expresión e imitación del lenguaje, y fueron capaces de aislar seis síndromes (Trastorno de la Programación Fonológica, Dispraxia Verbal, Trastorno Fonológico-sintáctico, Agnosia Auditiva Verbal, Trastorno Léxico-sintáctico y Trastorno Semántico-pragmático) entre los 47 niños preescolares que investigaron con disfasia del desarrollo (23)

A partir de los 60, el término "disfasia" empezó a sustituir al de "afasia". Ateniéndose a la etimología de las palabras, la afasia señalaría la ausencia de lenguaje y la disfasia el trastorno más o menos grave de esta capacidad. Esta última forma de denominar el Trastorno Específico del Lenguaje es la que ha permanecido hasta nuestros días. Se podría decir que en el ámbito francés y español compete en igualdad de oportunidades con la denominación procedente del mundo anglosajón. Resulta curioso comprobar que algunas revistas inglesas especializadas, por ejemplo *Folia Phoniatrica et Logopaedica*, emplean en inglés la expresión *language impairment*, y en la traducción francesa del resumen utilizan el término *dysphasie*. Sin embargo, tanto "afasia" como "disfasia" tiene una clara connotación neurológica que no conviene al trastorno que denominan. Evidentemente, tras un daño cerebral se producen disfasias (trastornos de una o varias dimensiones del lenguaje) más frecuentemente, por fortuna, que afasias (ausencia del lenguaje Bishop (1997)(24) y Leonard (1998) así lo consideran y por ello proponen mantener la denominación de Trastorno Específico del Lenguaje (*Specific Language impairment*) que es la más neutra respecto al origen de este trastorno.

El "retraso de lenguaje" es una categoría nosológica que señala con precisión su carácter de cronopatía. Los niños afectados por este retraso muestran un lenguaje que se va desarrollando por los cauces normales, pero más lentamente. El retraso de lenguaje también es susceptible de ser subdividido en niveles de gravedad (leve, moderado y grave), como intentó Aguado (1993)(25), esta

retención se quedó sólo en intento, ya que las formas lingüísticas mostradas por estos niños escapan a una clasificación tan simple y encorsetada.

El término "*disfasia*", fuera del ámbito de la neurología y empleado para referirse a un trastorno evolutivo sin evidencias neurológicas, tiene un origen logopédico, tecnológico, como pone de manifiesto Belinchón (1996)(26), necesitado de una fundamentación teórica para su empleo adecuado en los campos profesional y de investigación. Esta autora propone una serie de condiciones para el empleo correcto del término: supuesto de complejidad del lenguaje, supuesto de modularidad o especificidad, supuesto de diferenciación de componentes relevantes para el análisis y supuesto de adopción de modelos explicativos multicausales y multinivel. Y lógicamente, propugna la necesidad de encontrar indicadores de positividad (síntomas presentes que superen la definición por exclusión) que formen parte de las definiciones conductuales de la disfasia. Además, Belinchón identifica la disfasia con el TEL.

Lógicamente, disponer de dos marcos en lugar de uno (TEL) para describir y explicar la conducta lingüística de un niño, permitiría una mayor especificación y, por lo tanto, una mayor concreción de las estrategias a seguir en la intervención terapéutica. O, al menos poder hacer una predicción razonable: si el niño padece un retraso de lenguaje, el pronóstico es mucho más favorable que si trata de una disfasia. Emplear, en cambio, la categoría "trastorno específico del lenguaje" sería como identificar una proteína, lo mismo que un ácido graso, o la nitroglicerina como "compuesto químico" (Aram et al, 1993)(27)

Así el retraso de lenguaje sería una patología transitoria, con escasa o nula repercusión sobre el aprendizaje del lenguaje escrito, siendo su núcleo sintomatológico el trastorno de la fonología con una afectación más o menos grave de la sintaxis, y el factor causal fisiopatológico especulado sería un retraso de maduración. En cambio, la disfasia sería una patología duradera, con una notable repercusión sobre el aprendizaje del lenguaje escrito, siendo su núcleo sintomatológico extenso (fonológico, semántico, morfosintáctico), con un origen estructural.

Sin embargo, a pesar de la presunta utilidad del empleo de dos categorías nosológicas en lugar de una, existen varias razones para preferir la adopción de la expresión "Trastorno específico del lenguaje". En primer lugar, aunque no necesariamente el más importante, está el hecho de la

utilización masiva de esta denominación en la mayor parte de las investigaciones desde los años 80. En segundo lugar, existen algunas clasificaciones que subdividen el TEL, y que describen con bastante precisión las conductas lingüísticas de estos niños. En tercer lugar, el empleo del término *impairment* permite englobar en una misma categoría conductas lingüísticas retrasadas y desviadas, sin menoscabo de su conceptualización. Y por último, en los estudios sobre el origen genético del TEL, se pone de manifiesto, con una relativa certeza, que los datos son compatibles con un modelo unitario de TEL, que con el paso del tiempo se va haciendo cada vez más selectivo, de tal manera que, por ejemplo, las dificultades generales en todos los aspectos de la expresión se van resolviendo gradualmente para dejar al sujeto con una articulación normal o casi normal, pero con dificultades residuales en el procesamiento del lenguaje expresivo (Bishop et al, 1995)(28)

Por otra parte, los estudios genéticos del TEL están teniendo en la actualidad una importancia decisiva en la explicación y, en un futuro que se desea cercano, en la intervención de este trastorno. Bishop (1992)(29) (1997)(30), sin duda una de las investigadoras más importantes, recuerda permanentemente la necesidad de formar subgrupos dentro del TEL, porque es la forma lógica de describir con precisión el fenotipo. El hecho de que estos niños tengan más familiares que los que muestran un desarrollo normal con historia de trastornos de lenguaje ha aumentado el interés por los estudios tendentes a la descripción del fenotipo conductual.

Se considera que éstas son razones más que suficientes para adoptar la expresión Trastorno Específico del Lenguaje para referirnos, en la clínica y en la investigación, a la patología lingüística que se encuentra entre la dislalia y los trastornos consecuentes a daño cerebral, déficit motores o deficiencia mental.

Algunos autores consideran que el lenguaje es una capacidad muy modularizada que depende para su funcionamiento de estructuras cerebrales especialmente diseñadas para dicha actividad. Además, esas estructuras permiten a su poseedor crear un módulo mental, constituido de varios subsistemas responsables cada uno de ellos de una dimensión del lenguaje (fonología, sintaxis, etc.) Cada uno de estos subsistemas está especializado en el procesamiento (recepción y programación) de la información que tiene que ver con la dimensión del lenguaje para la que está preparado, y no de otra. Por lo tanto, el TEL implicaría la disfunción total o parcial de uno o varios de esos subsistemas.

Es evidente que es el lenguaje la conducta que se altera de una manera más notable, en una magnitud mucho mayor que las otras, y esa alteración es de una importancia decisiva para el desarrollo posterior de una gran cantidad de funciones cognitivas, para la vida de relación del individuo, para recibir y proporcionar retazos de cultura y formarse como individuo depositario de toda la cultura vehiculizada a través del lenguaje. Este carácter nuclear del lenguaje en la vida de los organismos humanos es lo que permite hablar de especificidad en el TEL.

MARCO TEÓRICO

CRITERIOS PARA IDENTIFICAR EL TRASTORNO ESPECÍFICO DEL LENGUAJE

A sí pues, a pesar de la lógica que subyace a la propuesta de Monfort y Juárez (1993)(31), ya que se ha pretendido dejar clara la relación de la disfasia con síndromes neurológicos, sean de origen genético o propiamente neurológico, ya que se considera que el uso del término "disfasia" procede de la propia acción logopédica, pero que carece de la base científica y teórica que posee en el ámbito de la neurología, ya que el TEL, es la expresión empleada por la mayor parte de los estudiosos del tema, se adopta la postura internacionalmente establecida y, con ella, los criterios considerados para una correcta identificación del TEL.

Estos son los siguientes: (Leonard, 1998)(20) (cuadro 1)

Factor	Criterio
Capacidad lingüística	Puntuación en los tests de lenguaje de 1,25 desviaciones estándar o más baja; riesgo de devaluación social.
CI no verbal	CI manipulativo de 85 o más alto
Audición	Supera por medio de un barrido los niveles convencionales.
Otitis media serosa	Sin episodios recientes
Disfunción neurológica	Sin evidencia de crisis convulsivas, parálisis cerebral, ni lesiones cerebrales; ausencia de medicación para control de crisis convulsivas.
Estructura oral	Ausencia de anomalías estructurales
Motricidad oral	Supera el screening empleando ítem evolutivamente apropiados
Interacciones físicas y sociales	Ausencia de síntomas de una interacción social recíproca alterada y de restricción de actividades.

Cuadro 1. Criterios para la identificación del Trastorno Específico del Lenguaje

Debe decirse que no existe un acuerdo total entre los autores. Por ejemplo, Bishop (1997) (24) propone que se diagnostique un TEL sólo si el niño obtiene una puntuación de 2 desviaciones estándar o más por debajo de la media, si se pasa un test de lenguaje, y una puntuación de 1.5 desviaciones estándar o más por debajo de la media si se emplean dos o más medidas. Este es un criterio más restrictivo que propuesto por Leonard (1998) (20), a pesar de lo cual la autora previene contra el peligro de sobreincluir niños cuando se pasa un solo test.

Generalmente reconoce que incluso los mejores test no hacen justicia a los problemas de lenguaje de estos niños.

Los niños con TEL muestran limitaciones en una amplia gama de capacidades lingüísticas, pero se pueden identificar áreas especialmente menos desarrolladas, y los tests no pueden cubrir la diversidad de detalles que pueden ser problemáticos en estos niños. Así pues, las puntuaciones de los sirven sólo como un punto de partida (Leonard, 1998) Además de las pruebas estandarizadas, existen otras medidas que pueden ser útiles para la evaluación del lenguaje.

En un reciente estudio Botting *et al.* (1997) (32), preocupados por la falta de correspondencia entre resultados de los tests y la identificación de los distintos subtipos de TEL, comparan los resultados de una serie de tests con el diagnóstico clínico realizado por profesores y terapeutas, y encuentran una concordancia más aceptable entre las medidas estandarizadas y el juicio clínico en tres dimensiones del lenguaje: articulación, fonología y sintaxis/morfología. En cambio, dicha concordancia no se da en lo que se refiere al trastorno semántico/pragmático. Esos mismos autores prosiguieron su investigación y los resultados ponían de manifiesto que el diagnóstico psicométrico lograba identificar bien 5 de los 6 subtipos de TEL propuestos por Allen y Rapin (1988) (33) Así pues, el uso de tests no es en absoluto una mala forma de evaluar los trastornos de lenguaje.

Además de los tests estandarizados, existen otras medidas que pueden ser útiles para la evaluación del lenguaje. Se hace referencia a la Longitud Media del Enunciado (LME) y a las medidas del léxico(2)

El criterio de inteligencia no verbal es uno de los más fundamentales para el diagnóstico del TEL, el Coeficiente intelectual (CI) de 85 representa -1 desviación estándar respecto a la media (CI 100) Actualmente se evita el criterio de discrepancia, utilizado hasta hace poco, entre el rendimiento verbal y no verbal en los tests de inteligencia. No parece que se pueda sacar algún significado de esta discrepancia (2)

Con relación a los screening auditivo, los "niveles convencionales" se refieren a la superación de pruebas en las que se hace oír al niño por cada oído tonos puros de 20 dB de intensidad en 0,5, 1, 2 y 4 Khz de frecuencia. La otitis media serosa puede afectar la discriminación de diferencias sutiles de fonemas, sin embargo, no parece que esta afección pueda ser considerada una causa mayor del TEL, aunque su asociación con otros factores puede tener más importancia (Bishop, 1992)(34); (Dodd, 1995)(35)

Por último la ausencia de síntomas relativos a la interacción social y a la restricción de intereses representa un factor diferencial respecto a trastornos generalizados del desarrollo descritos en el DSM-IV (22)

Es necesario reconocer que, siguiendo los criterios expuestos para identificar a los niños con TEL, habrá niños con dificultades en el aprendizaje del lenguaje que no los cumplirán todos y que, sin embargo, deberán ser tenidos como afectados del TEL. La flexibilidad que da la experiencia es la que permitirá valorar bien la presencia y la importancia de una otitis media, o la puntuación de 80 en un test de inteligencia no verbal, por ejemplo. Sin embargo, esta deseada flexibilidad no debe llevarnos al error de incluir niños que tengan otro tipo de patología lingüística. Un mal diagnóstico llevará siempre a una intervención poco o nada eficaz.

FISIOPATOLOGÍA DEL RETARDO DEL LENGUAJE

En el curso del desarrollo del niño se entrelazan dos procesos de modo tal que es muy difícil desglosar cuánta es la participación de uno y cuánta del otro: la maduración biológica y los procesos de aprendizaje fisiológico intervienen íntimamente combinados en cada etapa evolutiva (37)

La maduración es un proceso determinado genéticamente, cuyas pautas se van cumpliendo de modo inexorable. En cambio, el aprendizaje fisiológico resulta de la interacción del individuo con su medio y sus resultados son rigurosamente individuales.

El órgano que interviene como agente del desarrollo es el cerebro, como componente más importante del sistema nervioso central. El cerebro del niño y, en particular, su corteza cerebral no está predeterminada pero van determinándose, como consecuencia del mismo proceso de desarrollo.

Por eso puede decirse que las funciones van organizándose gracias a la intervención del sistema nervioso central, del cerebro y de la corteza cerebral, pero del mismo modo podemos decir, que la corteza cerebral y otras estructuras del cerebro van organizándose a medida que se ejecutan determinadas funciones. Cada analizador resulta así, de los procesos funcionales que lo influyen, de la misma manera que va determinando la ejecución de tales procesos funcionales (37)

Esta interacción en el desarrollo puede ser estudiada en etapas sucesivas. Cada una de ellas presenta características particulares, aunque, en el trascurso de cada una de las etapas que tomemos, se advierten los gérmenes del futuro desarrollo de la etapa inmediata. La actividad funcional de la corteza cerebral se describe mediante la reseña de las modificaciones que va presentando sucesivamente. Así es como se ha descrito la instalación de los primeros reflejos condicionados (defensivos, alimenticios y otros) a partir de los reflejos incondicionados. Las formas más complejas de la inhibición interna, van desarrollándose gradualmente. Durante la lactancia van instalándose modalidades más elaboradas de la inhibición interna, pero el desarrollo de sus diversas formas continúa progresivamente durante la primera infancia y aún más allá.

Esta paulatina organización de la inhibición interna, a su vez, permite una creciente complicación de la actividad reflejo condicionada. Gracias a la progresión en la complejidad de la actividad reflejo condicionada y de la inhibición interna se hace posible la elaboración de los estereotipos como aspectos unitarios y a la vez complejos, tanto del lenguaje como de las actividades gnósicas y práxicas.

En el desarrollo del lenguaje Intervienen procesos fisiológicos que llevan a la formación de estereotipos del aparato fonador (analizador cinestésico-motor-verbal) entre esos procesos fisiológicos, los más básicos son la excitación y la inhibición (en escala neuronal y en escala de funcionamiento de amplios conjuntos de neuronas) en sus diversas formas. La interacción dinámica de estos procesos básicos es la que determina la formación de estereotipos y, en general, la actividad normal del cerebro.

De hecho, lo que se denomina "actividad nerviosa superior", entonces, no es otra cosa que el proceso fisiológico armónico de diversas estructuras cerebrales actuando dinámicamente por efecto de diversos estímulos exteriores e internos (38)

Podemos decir que en el capítulo de la Afasiología se ha desarrollado gracias a las investigaciones de científicos como Alajouanine, Ombrade, Kreindler, Penfield y otros, que con variados recursos investigaron objetivamente estos problemas.

La inhibición de las funciones del lenguaje existe y hay una serie de síntomas que son claramente de naturaleza inhibitoria (latencias, anomias, circunloquios)

La desorganización de la actividad del lenguaje se caracteriza por síntomas de tipo excitatorio (neologismos, parafasias verbales, parafasias literales, idiosglia, perseveraciones, ecolalia). Todos éstos síntomas obedecen a una actividad más o menos desorganizada de los diversos analizadores, los cuales corresponden a zonas diferenciadas en la corteza cerebral del adulto cuya función es el análisis y la síntesis de las aferencias propioceptivas de los músculos relacionados con el lenguaje, y el análisis y síntesis de las aferencias auditivas vinculadas igualmente con el lenguaje, respectivamente. (Analizador cinestésico-motor-verbal, Analizador verbal) La participación del analizador auditivo como parte genética en la organización del código lingüístico (sistema fonológico) se pone de relieve en los distintos papeles que va cumpliendo en las diversas etapas.

Los datos clínicos muestran que en el trabajo específico de cada analizador se transforma la dinámica correcta entre la excitación y la inhibición y, por tanto, se originan síntomas que son específicos del compromiso de uno y de otro. Así podemos establecer que en cualquiera de ambos analizadores puede existir un bloqueo total o parcial de la función.

CLASIFICACIÓN DE LOS RETARDOS DE LENGUAJE SEGÚN AZCOAGA:

1. Retardo de Lenguaje de Patogenia Audiógena.
2. Retardo de Lenguaje de Patogenia Anártrica.
3. Retardo de Lenguaje de Patogenia Afásica.
4. Retardo de Lenguaje de Causas Psicógenas.

Retardo de lenguaje de Patogenia Audiogena:

Las alteraciones del lenguaje resultan de las deficiencias del analizador auditivo, el grado y forma de la deficiencia auditiva que pueden afectar en forma distinta áreas diferentes del espectro auditivo, la etapa del desarrollo infantil del lenguaje en la que el déficit incide, la localización de la lesión, el papel del reclutamiento, la habituación, la fatiga y la algiacusia en la discriminación de los elementos fonéticos del lenguaje.

Retardo de Lenguaje de Patogenia Anártrica:

Es el resultado de una acción patógena sobre el cerebro infantil que lo afecta antes del primer nivel lingüístico. Es debido al déficit en la actividad combinatoria del analizador cinestésico-motor verbal.

En el nivel prelingüístico se aprecia una disminución cualitativa en las producciones del juego vocal. En el nivel lingüístico son claras las dificultades en el sistema fonológico, el monosílabo intencional no se enriquece con la adquisición de nuevos fonemas consonánticos, ni tampoco tiene lugar la combinación (síntesis) entre estereotipos fonemáticos y aparecen distorsiones que obedecen a una insuficiencia en la diferenciación propioceptiva. La adquisición gramatical sufre una lentificación que la síntesis de nuevos estereotipos motores verbales se entorpece por las dificultades fonemáticas, hay notorias dificultades para la incorporación y el uso de artículos, preposiciones y conjunciones. El monólogo está constituido por estereotipos motores verbales alterados en su organización (idioglosia).

Retardo de Lenguaje de Patogenia Afásica:

La afasia es una alteración de la comprensión del lenguaje (del lenguaje interior) que se caracteriza por un déficit de la actividad combinatoria del analizador verbal, resultante o no de una lesión que lo compromete directamente, y que se exterioriza por síntomas que afectan la comprensión del lenguaje y la capacidad de síntesis de proposiciones simples, y desorganiza la elocución, en especial en el aspecto sintáctico-semántico.

Resulta de la desorganización del trabajo del analizador verbal. En el retardo afásico, la inhibición patológica, gravita sobre las funciones del analizador verbal. Hay también aquí síntomas

que se generan por inercia de la inhibición. La manifestación más notoria de esta inercia de la inhibición protectora que rebaja el nivel de actividad del analizador verbal es la fatigabilidad, a medida que aumenta la fatiga, aumentan las parafasias, latencias y perseveraciones. Las latencias revelan una lentificación en la actividad combinatoria del analizador. Las parafasias indican una insuficiencia en la inhibición diferencial. Las perseveraciones obedecen a una inercia de la excitación, esto es, a una insuficiente movilidad de los procesos en la actividad combinatoria; las perseveraciones pueden comprometer la síntesis de fonemas dando lugar paulatinamente a las dislalias afásicas, ecolalia o contaminaciones. Otra manifestación de la irradicación desordenada de la excitación es la hiperquinesia.

Alteraciones del lenguaje de causas psicógenas:

Las alteraciones del lenguaje de origen psiquiátrico son manifestaciones de un heterogéneo conjunto de afecciones psicológicas. En él se incluyen trastornos causados por factores de variada naturaleza que comprometen en muy diverso grado el desarrollo y el equilibrio del sistema nervioso, y por ende la integración armónica de la personalidad, y que difieren entre sí por su significación, las técnicas y criterios utilizados para su estudio y diagnóstico, y los recursos destinados para su tratamiento y prevención.

BATERÍA PARA LA EVALUACIÓN DE LA LENGUA ESPAÑOLA (BELE)

Es un instrumento diseñado para evaluar el desarrollo lingüístico de niños de 3 a 11 años, el cual ha sido aplicado, adaptado y estandarizado en una población de 880 niños de Estancias Infantiles, Jardines de Niños y Escuelas Primarias Oficiales del Distrito Federal; lo anterior constituye el primer paso para la integración de un procedimiento diagnóstico diferencial de las habilidades lingüísticas (19)

Es el resultado de un largo proceso de adaptaciones y modificaciones de un modelo inicial, a partir de la aplicación del mismo. Es el primer instrumento formal existente en México y para el

español que evalúa el desempeño lingüístico de manera integral y sistemática. Hasta ahora en la mayoría de las instituciones tanto públicas como privadas la evaluación del lenguaje se ha realizado por medio de procedimientos informales, o bien que evalúan el lenguaje desde disciplinas ajenas a la ciencia del lenguaje (lingüística) como es la psicología experimental y la psicometría, que si bien revelan el estado de algunos procesos necesarios para la integración de las habilidades lingüísticas, no las describen de manera directas.

La Batería de Evaluación de la lengua Española BELE, adaptada y estandarizada en México, D.F., está formada por siete escalas que evalúan los tres componentes del lenguaje definidos por Bloom y Lahey (1978): *Forma, contenido y uso.*

La *forma* del lenguaje es el medio de representación o código. Consistente en un sistema convencional de signos arbitrarios que está compuesto por las unidades de sonido (fonología), las unidades de significado, que pueden ser palabras o inflexiones (morfología) y la manera en la que las unidades de significado se combinan entre sí (sintaxis) En la BELE se evalúa este componente por medio de las Escalas de Articulación, comprensión y Producción dirigida.

El *contenido* del lenguaje es la representación lingüística de lo que las personas saben acerca del mundo: conocimiento de objetos, de eventos y de relaciones entre éstos. En la BELE, el contenido se evalúa por medio de las Escalas de Adivinanzas y Definiciones.

El *uso* del lenguaje es la selección de conductas lingüísticas y no lingüísticas apropiadas para lograr un propósito comunicativo específico en una situación particular. Son elementos esenciales del uso las metas del hablante y el contexto del evento comunicativo. En la BELE, el uso se evalúa por medio de las escalas de narración.

Las escalas de comprensión, producción dirigida, adivinanzas y definiciones de la BELE cuentan con dos formas de aplicación que son alternativas y equivalentes, las cuales se denominan forma A y forma B.

Las formas alternativas en estas escalas permiten aplicar una de ellas (la forma A, por ejemplo) en una primera evaluación, y otra (la forma B) en un procedimiento de retest para medir los avances logrados a través del tratamiento.

Las escalas de articulación, narración y rutas solo cuentan con una versión o forma única.

Escala de comprensión:

La escala de comprensión consta de dos ejemplos y 43 reactivos calificables. Esta escala evalúa 27 estructuras sintácticas del español. Los reactivos consisten en presentarle al niño una lámina con 3 dibujos para que señale el que corresponde al enunciado que se le dice.

Material:

- Carpeta de Forma A o Forma B con 44 láminas (una para los ejemplos y 43 para los reactivos).

Edades:

- Esta escala se aplica de los 3 a los 11 años.

Descontinuación:

- Esta escala se discontinúa después de 6 errores consecutivos.

Calificación:

- Cuantitativa (puntuación escalar) y cualitativa.

Escala de Definiciones:

La escala de definiciones consta de 3 ejemplos y 31 reactivos calificables. Esta escala evalúa la forma en la que el niño define palabras.

Material:

- Protocolo de aplicación de Forma A y Forma B.
- Protocolo de calificación.
- Grabadora y cinta para grabar.

Edades:

- Esta escala se aplica de los 3 a los 11 años.

Descontinuación:

- Esta escala se discontinúa después de cuatro errores consecutivos.

Escala de Producción Dirigida:

La escala de Producción Dirigida consta de 2 ejemplos y 56 reactivos calificables, esta escala evalúa 30 estructuras sintácticas del español.

Los reactivos consisten en presentarle al niño una serie de láminas, cada una de las cuales contiene dos dibujos. El examinador dice dos enunciados, señalando en cada caso el dibujo apropiado, y posteriormente le pide al niño que repita lo que dijo para uno de los dos dibujos (según se indica en el protocolo de aplicación)

Material:

- Carpeta de Forma A o B con 58 láminas (2 para los ejemplos y 56 para los reactivos).
- Protocolo de aplicación.
- Protocolo de calificación.
- Grabadora y cinta para grabar.

Eduades:

- Esta escala se aplica de los 3 a los 11 años.

Descontinuación:

- Esta escala se descontinúa después de seis errores consecutivos.

Calificación:

- Cuantitativa (puntuación escalar) y cualitativa.

Escala de narración:

La Escala de Narración evalúa la forma en que los niños relatan una serie de eventos que se les representan en la maqueta de un pueblo.

Esta escala consta de 1 ejemplo y 4 reactivos calificables.

Material:

- Maqueta de un pueblo.
- Protocolo de aplicación.
- Protocolo de calificación.

-
- Grabadora y cinta para grabar.
 - La maqueta del pueblo debe de acomodarse como se indica en el mapa anexo. Los objetos de los que consta son: 4 casas, panadería, gasolinería, carnicería, banco, Hospital de la cruz roja, delegación, estación de bomberos, depósito de basura, iglesia, patrulla, tractor, camión de bomberos, ambulancia, coche, 2 muñecos, camión, árbol., Tren, tablero de un pueblo.

Ejadas:

- Esta escala se aplica de los 3 a los 7 años.

Descontinuación:

- Esta escala no se discontinúa.

Calificación:

- Cuantitativa (puntuación escalar) y cualitativa.

INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS CUANTITATIVOS

Una vez calificadas cada una de las escalas de la BELE, las puntuaciones naturales (P.N.) se convierten a puntuaciones escalares (P.E.) Las puntuaciones escalares tienen un rango de puntajes que va de 0 a 20, con una media de 10 ($\bar{x}=10$) y una desviación estándar de 3 (D.E. =3)

Las puntuaciones naturales de las escalas no se pueden interpretar debido al hecho de que en éstas no se toma en cuenta el nivel de edad del niño. Para realizar la interpretación de los resultados cuantitativos se utilizan las puntuaciones escalares, ya que en éstas sí se encuentra considerada la variable de la edad. Por medio de las puntuaciones escalares es posible comparar, con un cierto grado de confianza, los resultados de un niño en particular con muchos otros niños de su mismo nivel de edad.

Otras aplicaciones de las puntuaciones escalares son: a) comparar los resultados de dos o más niños entre sí; b) comparar los resultados de dos o más grupos entre sí; c) comparar los resultados obtenidos en diferentes escalas por un mismo sujeto.

Las puntuaciones escalares son utilizadas en diversas pruebas con orientación psicométrica. Teóricamente, el evaluar una habilidad cualquiera, en una población seleccionada al azar, se

encuentra una proporción alta de sujetos (68.2%) con un rendimiento medio (normal o promedio); proporciones bajar (13.6%) de sujetos con rendimiento superior e inferior al promedio; proporciones muy bajas (2.1%) de sujetos cuyo rendimiento es muy superior o muy inferior al promedio; y proporciones sumamente bajas (0.1%) de sujetos con rendimiento extremadamente superior y extremadamente inferior al promedio. En otras palabras, los resultados se distribuyen de manera normal, es decir, se ajustan a la curva normal (cuadro 2)

Desde este punto de vista, se pueden establecer valores numéricos en el eje horizontal de la curva para, de esta forma, describir el nivel de rendimiento de un sujeto particular en relación con el grupo al que pertenece. El rango de valores puede ser muy variado, en el caso de las puntuaciones escalares estos valores oscilan entre 0 y 20. Al punto medio de la curva le corresponde una puntuación de 10 (media \bar{x}) y entre cada uno de los puntos de corte de la curva hay 3 puntos de diferencia (desviación estándar D.E.)

Así pues, lo que se describió como rendimiento medio (normal o promedio), se encuentra comprendido en el área que abarca la primera desviación estándar a la derecha y a la izquierda de media ($\bar{x} \pm 1$ D.E.).

Lo que describió como rendimiento superior y rendimiento inferior, ocupa la segunda desviación estándar a la derecha y a la izquierda de la media ($\bar{x} + 2$ D.E. = rendimiento superior; $\bar{x} - 2$ D.E. = rendimiento inferior)

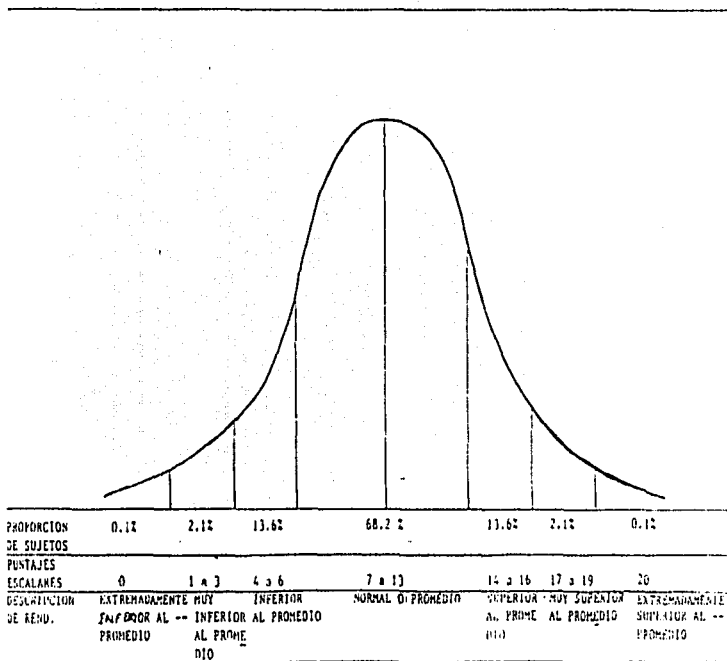
Los niveles de rendimiento muy superior y muy inferior se ubican en la tercera desviación estándar a la derecha y a la izquierda de la meda, respectivamente.

Y, finalmente, lo que se describió como rendimiento extremadamente superior y extremadamente inferior, se ubican en la cuarta desviación estándar a la derecha y a la izquierda de la media, respectivamente.

Las puntuaciones escalares permiten establecer comparaciones sobre el rendimiento de un niño en una tarea específica, en relación con grupo de niños de su misma edad. De esta forma, se puede determinar si el rendimiento del niño en la habilidad que se evalúa es adecuado, superior o

inferior al del promedio del grupo, y en qué grado específico. Sin embargo, las puntuaciones escalares no determinan la calidad de la ejecución del niño en la tarea, para poder interpretar este aspecto se deben analizar directamente cada una de las respuestas del niño en la tarea, así como considerar factores que pueden haber afectado la ejecución del niño, ya sea de manera negativa o positiva (calificación cualitativa)

DISTRIBUCION DE LA CURVA NORMAL



Cuadro 2. Muestra los resultados de la proporción de sujetos en una población seleccionada al azar, los resultados se ajustan a la curva normal.

INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS CUALITATIVOS

Mediante estos procedimientos se pretende que el examinador describa las respuestas de los niños desde un punto de vista cualitativo, de tal forma que pueda establecer hipótesis que le lleven a objetivos de tratamiento particulares.

En estos procedimientos se proponen descripciones lingüísticas de las respuestas, dejando de lado los criterios de corrección o incorrección, dado que éstos son abordados por el procedimiento de interpretación de los resultados cualitativos y específicamente, por las normas de calificación. Es pues, un complemento para la interpretación cuantitativa, ya que ésta última por sí sola, únicamente establece el nivel de las habilidades que posee el niño en relación con los niños de su edad, pero no precisa las características del rendimiento.

La información sobre la descripción del rendimiento del conjunto de la muestra, no debe ser utilizada como criterio normativo estricto, sino sólo como marco de referencia general, lo anterior con el fin de no reducir el análisis a meras comparaciones, pues esto limitaría la riqueza de la descripción, misma que constituye el objetivo primario de la interpretación cualitativa.

Dado que la BELE es un instrumento para diagnosticar alteraciones de lenguaje, estos procedimientos son particularmente útiles para la descripción de la manifestación lingüística de los niños con deficiencias de este tipo, así como para fines de investigación. Su utilidad es marginal en los casos en los que no existen desviaciones de las normas lingüísticas o propósitos de investigación bien definidos.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Utilizando una evaluación lingüística se puede detectar trastorno específico del lenguaje para aplicar una terapia más específica de las alteraciones lingüísticas ?

OBJETIVOS

Identificar trastorno específico del lenguaje (TEL) "*Specific Language Impairment*" en niños con diagnóstico de retardo de lenguaje, entre 3 y 6 años de edad en el Instituto de la Comunicación humana.

Aplicar una Bateria de evaluación lingüística estandarizada en niños mexicanos que permita detectar fallas más específicas para una terapia más efectiva.

PROPÓSITO

Detectar alteraciones lingüísticas más específicas en los retardos del lenguaje, aplicando una batería de evaluación estandarizada en niños mexicanos, para planear una terapia más selectiva que permita una rehabilitación más temprana.

HIPÓTESIS

Existen niños diagnosticados con retardo de lenguaje entre 3 a 6 años en el Instituto de la Comunicación Humana en los que se puede identificar Trastorno Especifico del Lenguaje "Specific Language Impairment", utilizando una evaluación lingüística.

JUSTIFICACIÓN

Con investigaciones de este tipo se espera poder definir perfiles neuropsicológicos para subagrupar a los niños ya sea con el propósito de aplicar un tratamiento o con fines de investigación. La importancia de pronosticar en la identificación de subgrupos con déficit en el lenguaje se ha demostrado al encontrar diferentes resultados en los niños de los 6 subgrupos mencionados al ser reexaminados 5 años después, por lo que se debe intentar subagrupar a los niños con disfasia del desarrollo de acuerdo con sus patrones de déficit en el lenguaje, sobre todo cuando se investigan los efectos de diferentes enfoques de tratamiento (23)

En la actualidad no existe una clasificación universalmente aceptada de la disfasia del desarrollo, aunque se está de acuerdo en la existencia de más de un tipo de disfasia. Allen y Rapin han descrito seis síndromes de disfasia del desarrollo basándose en un modelo combinado afasiológico y psicolingüístico que se enfoca en patrones de déficit en la descodificación, codificación y procesamiento en los niveles lingüísticos: Fonológico (comprensión y producción de los sonidos del habla), sintáctico (organización de las palabras en oraciones bien estructuradas), semántica (selección de palabras de las categorías adecuadas para que transmitan un mensaje con significado apropiado) y pragmático (aplicación en una conversación, iniciación de la comunicación, tomar turnos, solicitar información, hacer comentarios, etc.)

Es esencial el estudio analítico de las características lingüísticas del lenguaje receptivo y expresivo del niño disfásico, pues este conjunto de características servirá para delinear el perfil del trastorno del lenguaje del niño, el cual será la base para establecer el diagnóstico, pronóstico y sobre todo el diseño de las técnicas rehabilitatorias que se deberán seguir en la escuela, el ambiente familiar y en la terapia específica.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño: Es un estudio longitudinal descriptivo observacional.

Criterios de inclusión:

- Pacientes de 3 a 6 años 11 meses de edad con diagnóstico de retardo de lenguaje Anártrico.
- Aplicación de las 4 pruebas de la Batería de Evaluación para la Lengua Española (BELE).
- Pacientes con coeficiente intelectual mayor de 85.
- Sin cuadros recientes de otitis media serosa.
- Con audición normal corroborada.
- Sin alteraciones neurológicas o uso de anticonvulsivantes.
- Sin privación sociocultural y/o problemas emocionales severos.

Criterios de exclusión:

- Pacientes con coeficiente intelectual menor de 85.
- Pacientes con cuadros activos de otitis media serosa.
- Problemas auditivos corroborados por estudio audiológico.
- Problemas neurológicos con o sin diagnóstico previo a la evaluación lingüística.
- Privación sociocultural y problemas emocionales diagnosticados por estudio psicológico.

Criterios de eliminación:

- Pacientes en los que no se concluyeron las 4 pruebas de la Batería de Evaluación para la Lengua Española (BELE), se detecto otitis media serosa, obtuvieron un Coeficiente intelectual no verbal menor de 85, los cuales fueron un total de 7.
- Pacientes que presentaron un coeficiente intelectual no verbal menor de 85 en la evaluación psicológica.
- Pacientes con otitis media serosa activa corroborada por timpanometría.

Material y Métodos

Se evaluaron un total de 30 pacientes que se seleccionaron de la preconsulta, que presentaban problema de lenguaje, entre las edades de 3 a 6 años.

Para realizar el diagnóstico lingüístico se utilizó la Batería de Evaluación de la Lengua Española, la cual es un instrumento diseñado para evaluar a niños de 3 a 11 años de edad, que ha sido aplicado, adaptado y estandarizado en una población de 880 niños de estancias infantiles, jardines de niños y escuelas primarias oficiales del Distrito Federal, México. Está formada por 7

escalas, 7 cuadernillos y una maqueta, que evalúan los tres componentes del lenguaje definidos por Bloom y Lahey (1978): Forma, contenido y uso.

En el presente estudio se utilizaron solo 4 escalas para la evaluación de la muestra y fueron la Escala de comprensión forma A, la cual valora la forma del lenguaje y evalúa 27 estructuras sintácticas del español. La Escala de definiciones forma A; la cual valora el contenido del lenguaje esto es la representación lingüística de lo que las personas conocen del mundo. La Escala de producción dirigida forma A que también valora la forma del lenguaje y evalúa 30 estructuras sintácticas del español. Estas 3 escalas se aplican en las edades entre 3 y 11 años.

La Escala de narración valora el uso del lenguaje es decir, la selección de conductas lingüísticas y no lingüísticas apropiadas para lograr un propósito comunicativo específico en una situación particular, esta prueba se utilizó una maqueta de un pueblo, se aplica a las edades de 3 a 7 años.

Se utilizó una grabadora para la recolección de información que posteriormente se transcribió a hojas de recolección de datos diseñadas para cada una de la pruebas aplicadas (anexos 1, 2, 3 y 4)

La aplicación de la BELE se dividió en dos etapas, las dos primeras fueron la de comprensión y la de definiciones por ser más prácticas. Se les citó a una segunda cita para la aplicación de las pruebas producción dirigida y narración.

Una vez calificadas cada una de las escalas de la BELE, las puntuaciones naturales (P.N.) se convierten a puntuaciones escalares las cuales tienen un rango de puntajes que va de 0 a 20, con una media de 10 y una desviación estándar de 3.

Se solicitó la participación del área de Psicología para la evaluación del coeficiente intelectual no verbal aplicando la Escala de Inteligencia de Weschler, el Test de la figura Humana, determinación de capacidad de aprendizaje y edad mental media.

Para corroborar umbrales auditivos normales se les realizó a todos los pacientes una audiometría tonal a frecuencias convencionales 125, 250, 500, 1, 2, 4 y 8 Khz. en cámara

sonoamortiguada, de acuerdo a las especificaciones de la ANSI utilizando audiómetro clínico computarizado de dos canales marca Ampliad 319 y audiocup amplifox, así como una logodionometría a 20, 40 y 60 dB.

Para descartar problema de otitis media serosa activa se realizó una timpanometría a frecuencia 226 Hz, previa exploración otoscópica, utilizando un impendanciometro marca Ampliad 728.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Instrumento de trabajo

Prueba de comprensión BELE

NOMBRE DEL PACIENTE:

EDAD:

NRO. DE EXPEDIENTE:

CLÍNICA:

APLICA:

1	A B C	23	A B C
2	A B C	24	A B C
3	A B C	25	A B C
4	A B C	26	A B C
5	A B C	27	A B C
6	A B C	28	A B C
7	A B C	29	A B C
8	A B C	30	A B C
9	A B C	31	A B C
10	A B C	32	A B C
12	A B C	33	A B C
13	A B C	34	A B C
14	A B C	35	A B C
15	A B C	36	A B C
16	A B C	37	A B C
17	A B C	38	A B C
18	A B C	39	A B C
19	A B C	40	A B C
20	A B C	41	A B C
21	A B C	42	A B C
22	A B C	43	A B C

P.N. PE

P.N. puntuación natural P.E. puntuación escolar

Anexo I. Hoja de recolección de datos para la escala de comprensión

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Prueba de definiciones (RELE)

NOMBRE DEL PACIENTE:

EDAD:

NRO. DE EXPEDIENTE:

FECHA DE APLICACIÓN:

APLICA:

1. JAWIN	17. TRANQUILLO
2. VACA	18. CRUDO
3. PAYASO	19. CARO
4. COCINA	20. REIR
5. F. CIB.	21. DESTRUCCION
6. ALDA	22. RESIDENCIA
7. DESAYUNO	23. PRECIO
8. TAMBOR	24. APOSTAR
9. HOJA	25. CASCADA
10. CAJE	26. PULGAR
11. SOBRE	27. JEJER
12. SOBRE	28. CAJULAR
13. TEMPRANO	29. MOSTEZAR
14. VALIENTE	30. ARBUSTO
15. PESADO	31. DISPARATE
16. ENORME	P.N.
	P.E.

P.N. Puntuación natural

P.E. Puntuación escolar

Anexo 2. Hoja de resolución de dudas de escala de definiciones.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Prueba de producción dirigida (BELE)

NOMBRE DEL PACIENTE:

EDAD:

NRO. DE EMPLEANTE:

FECHA DE APLICACIÓN:

APLICA:

1	29.
2	30.
3	31.
4	32.
5	33.
6	34.
7	35.
8	36.
9	37.
10	38.
11	39.
12	40.
13	41.
14	42.
15	43.
16	44.
17	45.
18	46.
19	47.
20	48.
21	49.
22	50.
23	51.
24	52.
25	53.
26	54.
27	55.
28	56.

P.N. P.L.

P.N. Puntuación natural

P.L. Puntuación escolar

Anexo 3. Hoja de recolección de datos de la escala de producción dirigida.

Escala de Narración (BELE)

NOMBRE DEL PACIENTE:

EDAD:

NRO. DE EXPEDIENTE:

FECHA:

APLICA:

REACTIVOS	El coche y el tren	El coche sin gasolina	El ascensor en el lago	El asilo al turno
Número de elementos				
Compleción				
Contexto				
Tipo de narración o calificación			P.N.	P.E.

OBSERVACIONES:

P.N. Puntuación natural

P.E. Puntuación escalar

Anexo 4. Hoja de recolección de datos de la Escala de Narración

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

RESULTADOS

Se valoraron 30 pacientes (tabla 1) que conformaron la muestra de los cuales 21 fueron hombres y 9 mujeres, lo que representa un predominio de sexo masculino, correspondiendo a un 70% y 30% respectivamente (gráfica 1) De acuerdo a la distribución por edad y sexo, se encontraron 8 niños del sexo masculino de 5 años (38%), 11 de 4 años (52.3%) y 1 de 3 años (14.2%). Respecto al sexo femenino, 3 fueron de 5 años (33.3%), 4 de 4 años (44.4%) y 2 de 3 años (22.2%), en ningún grupo se encontraron pacientes de 6 años de edad (gráfica 2)

Respecto a la Batería para la evaluación de la Lengua Española, encontramos en la **escala de comprensión** forma A una puntuación escalar dentro del rango normal (10 D.E. +/- 3) en todos los pacientes excepto en uno cuya puntuación escalar fue de 0 esto corresponde a un 96.6 % y un 3.3% respectivamente (gráfica 3).

Para la **escala de definiciones** forma A se encontraron en 17 pacientes una puntuación escalar dentro del rango normal esto es un 56.6%, de los cuales 16 fueron del sexo masculino y 5 del sexo femenino. 3 pacientes presentaron una puntuación escalar de 6 siendo del sexo femenino y 6 presentaron una puntuación escalar entre 3 y 5 (20%) correspondiendo a una desviación y media estándar menor a la normal siendo 2 del sexo femenino y 4 del sexo masculino (gráfica 4)

En la **escala de producción dirigida** 18 pacientes obtuvieron una puntuación escalar dentro del rango normal (60 %), de los cuales 15 fueron del sexo masculino y 3 del sexo femenino. 12 pacientes presentaron una puntuación escalar entre 0 y 5 (40%) (gráfica 5) correspondiendo a una y media a dos desviación estándar por debajo de lo normal, de los cuales 6 fueron del sexo masculino y 6 del sexo femenino (gráfica 5) llama la atención que esta prueba que evalúa básicamente la forma del lenguaje es decir la morfosintaxis es la que muestra una calificación muy baja incluso extremadamente baja respecto a la normalidad.

En la **escala de narración** 23 pacientes (86.6%) obtuvieron una puntuación escalar dentro de la normalidad de los cuales 16 correspondieron al sexo masculino y 7 al sexo femenino (gráfica 6) Una paciente del sexo femenino presentó una puntuación escalar de 6 correspondiendo a menos de una desviación estándar por debajo de lo normal y 6 (20%) pacientes presentaron una puntuación escalar entre 2 y 5 correspondiendo a una desviación y media estándar por debajo de lo normal, de éstos 5 fueron del sexo masculino y una del sexo femenino.

En una sola paciente del sexo femenino se observó una puntuación escalar entre 0 a 5 en todas las escalas valoradas y éstos resultados fueron compatibles con su coeficiente intelectual no verbal de 84.

Se observa que en 3 de 4 escalas valoradas existió un alto porcentaje (20% para la de definiciones, 40% para la de producción dirigida y 20% para la de narración) de puntuaciones estándar bajas (una y media a 2 desviación estándar por debajo del rango normal) lo que es compatible con uno de los criterios de inclusión para diagnosticar Trastorno específico del Lenguaje.

En el análisis por paciente 3 (10%) de ellos presentaron en las 3 escalas puntuaciones entre 0-5 siendo del sexo masculino, 3 pacientes (10%) presentaron en 2 escalas (2 en escala de producción dirigida y narración y 1 en escala de definiciones y producción dirigida) puntuaciones entre 2-5 siendo un paciente del sexo femenino y 2 del sexo masculino; un paciente del sexo masculino en que presentó puntuación baja en la prueba de producción dirigida y narración, además, en la prueba de definiciones presentó una puntuación escalar de 6, siendo del sexo masculino.

Finalmente, 6 pacientes (20%) solamente presentaron una sola escala con puntuación escalar baja (0-5) siendo 2 del sexo femenino y 4 del sexo masculino, siendo la escala de producción dirigida la afectada.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Tabla 1. Muestra el total de la población estudiada, por edad y sexo así como los resultados de las 4 escalas evaluadas.

Pacientes			Escala de comprensión Forma A		Escala de Definiciones Forma A		Escala de Producción Dirigida Forma A		Escala de Narración	
NRO.	SEXO	EDAD	P. N.	P. E.	P. N.	P. E.	P. N.	P. E.	P. N.	P. E.
-1-	Masculino	4 a 5 m	20	9	13	9	26	10	42	14
-2-	Femenino	4 a 6 m	26	12	12	8	9	5	25	9
-3-	Masculino	4 a 11 m	23	10	10	8	36	13	28	10
-4-	Masculino	5 a 3 m	22	8	29	13	47	15	37	10
-5-	Masculino	4 a 11 m	24	11	23	13	38	14	43	14
-6-	Femenino	4 a 2 m	3	0	3	5	0	1	2	2
-7-	Masculino	4 a	21	9	20	11	22	9	44	14
-8-	Femenino	4 a 3 m	21	9	7	6	3	3	28	10
-9-	Femenino	3 a 10 m	19	11	17	10	21	9	38	12
-10-	Masculino	4 a 1 m	18	7	0	3	0	1	4	3
-11-	Masculino	5 a 4 m	24	9	16	7	44	14	46	14
-12-	Masculino	5 a 8 m	21	8	22	10	1	0	41	12
-13-	Masculino	4 a 2 m	22	10	14	9	7	4	31	10
-14-	Masculino	3 a 10 m	24	11	12	11	21	21	24	12
-15-	Masculino	5 a 8 m	21	8	19	9	21	7	34	9
-16-	Masculino	5 a 11 m	22	8	14	7	31	10	40	11
-17-	Masculino	4 a 4 m	21	9	17	10	27	10	14	5
-18-	Masculino	5 a 2 m	25	10	9	5	0	0	11	2
-19-	Femenino	5 a 2 m	28	12	7	4	13	4	42	14
-20-	Masculino	5 a 1 m	24	9	5	3	22	7	35	10
-21-	Masculino	5 a	30	13	23	10	23	7	32	9
-22-	Femenino	5 a 11 m	21	8	13	6	32	10	38	11
-23-	Masculino	5 a 2 m	26	11	15	7	32	10	35	10
-24-	Masculino	3 a 11 m	21	12	0	3	7	4	1	2
-25-	Masculino	4 a 2 m	20	9	6	6	11	5	14	5
-26-	Masculino	4 a 3 m	22	10	13	9	19	8	31	11
-27-	Femenino	4 a	22	10	11	8	1	2	23	8
-28-	Masculino	5 a 3 m	20	7	26	11	27	9	43	12
-29-	Femenino	3 a 10 m	22	12	8	9	0	1	20	7
-30-	Femenino	4 a 7 m	29	14	15	9	29	11	16	6
Puntuación escalar 7-10			Puntuación escalar 6				Puntuación escalar 0-5			

GRÁFICAS

ESTA TESIS NO SALE
DEBIDA A LA FALTA DE

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

DISTRIBUCIÓN POR SEXO



Gráfico 1. Muestra la distribución por sexo, con un predominio del sexo masculino en la población estudiada.

DISTRIBUCIÓN POR EDAD Y SEXO

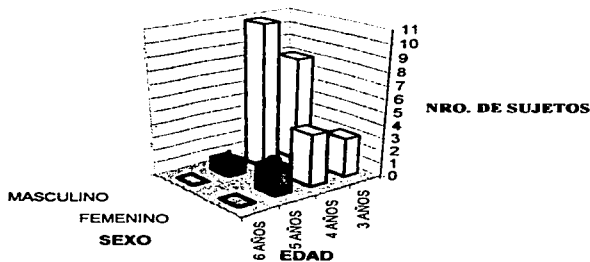
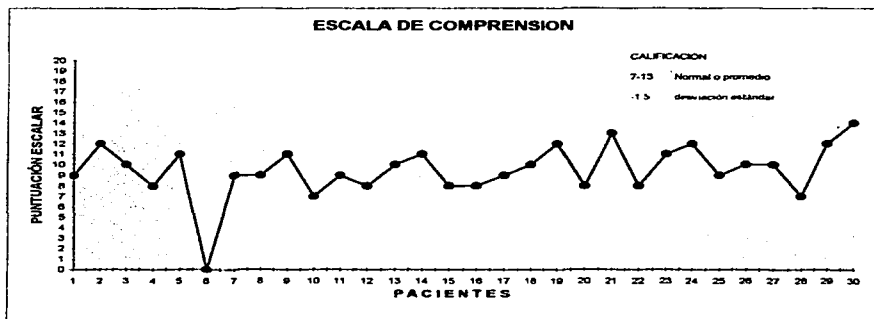
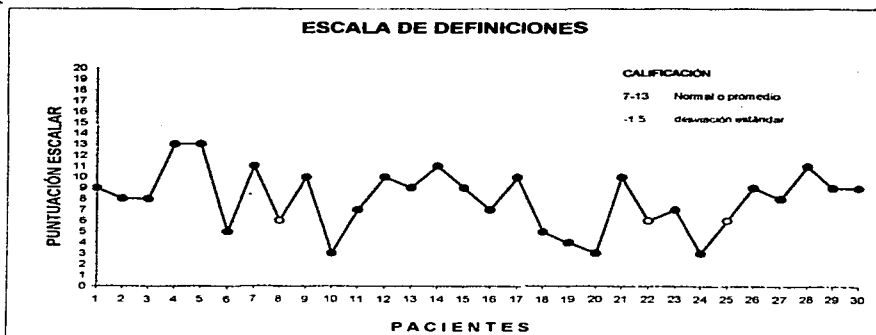


Gráfico 2. Muestra la distribución por edad y sexo, observándose que no se evaluaron pacientes de 6 años y el Mayor número de pacientes fue en el grupo de 4 años.



Gráfica 3. Muestra el comportamiento de la población en la escala de comprensión, donde el 96.6% obtuvieron una calificación dentro del promedio normal.



Gráfica 4. Muestra que 17 pacientes (56.6%) presentaron una puntuación escalar promedio normal y 6 pacientes (20%) una puntuación entre 3 y 5.

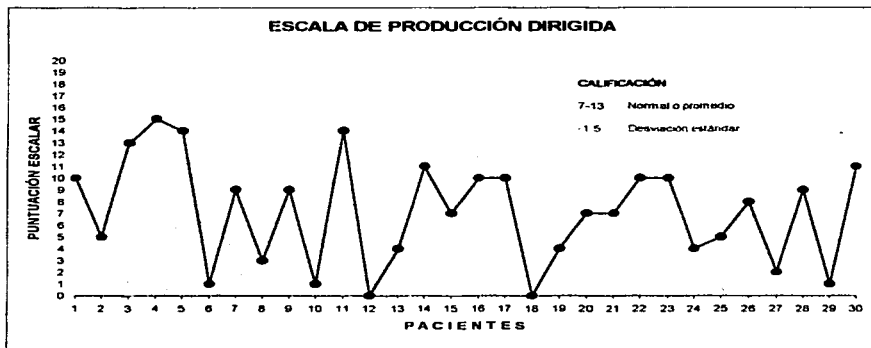


Gráfico 5. Muestra que 18 pacientes (60%) obtuvieron una puntuación escalar promedio normal y 12 pacientes (40%) entre 0 y 5.

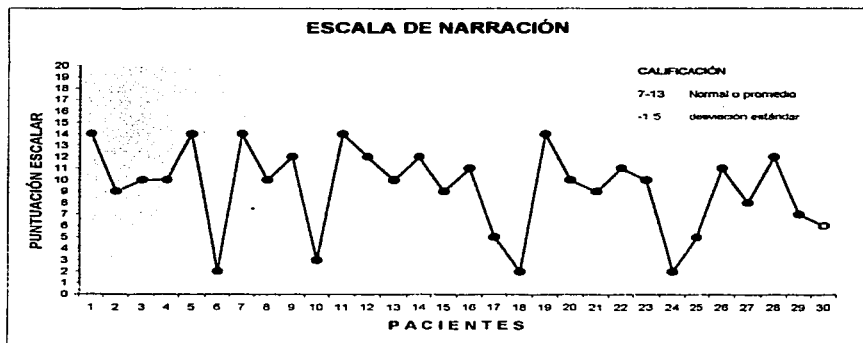


Gráfico 6. Muestra que 23 pacientes (86.6%) obtuvieron una puntuación escalar normal promedio y 6 pacientes (20%) una puntuación escalar entre 2 y 5.

DISCUSIÓN y CONCLUSIONES

A bordar el tema de la evaluación del lenguaje es una tarea realmente compleja. Sin embargo, estamos convencidos de que el éxito de la reeducación y rehabilitación de los problemas que afectan a la conducta lingüística de los niños va a depender, en gran medida, de la correcta planificación del proceso de evaluación. Al evaluar el lenguaje nos encontramos con múltiples limitaciones que tienen que ver con su carácter escurridizo, con la ausencia de estudios rigurosos acerca de su desarrollo normal y deficitario en niños que usan el español. (39)

La evaluación con un enfoque integrador, cualitativo, interactivo y de corte evolutivo, intenta ofrecer al profesional de la intervención una información precisa con el objetivo de realizar un programa de intervención más específico.

Este planteamiento está orientado hacia el análisis de los problemas que se dan en todo el circuito de la cadena de la comunicación humana desde la producción o codificación, pasando por la transmisión, y finalizando en la recepción o decodificación, mostrando una atención preferente por las interferencias en el lenguaje hablado. El objetivo fundamental es la definición y descripción, lo más pormenorizada posible, de la conducta lingüística de los niños, utilizando para tal fin una gran variedad de procedimientos y estrategias.

Debe decirse que no existe un acuerdo total entre los autores. Por ejemplo, Bishop (1997) (30) propone que se diagnostique un TEL sólo si el niño obtiene una puntuación de 2 desviaciones estándar o más por debajo de la media, si se pasa un test de lenguaje, y una puntuación de 1.5 desviaciones estándar o más por debajo de la media si se emplean dos o más medidas. Este es un criterio más restrictivo que propuesto por Leonard (1998)(20), a pesar de lo cual la autora previene contra el peligro de sobreincluir niños cuando se pasa un solo test.

Generalmente reconoce que incluso los mejores test no hacen justicia a los problemas de lenguaje de estos niños.

Los niños con TEL muestran limitaciones en una amplia gama de capacidades lingüísticas, pero se pueden identificar áreas especialmente menos desarrolladas, y los tests no pueden cubrir la diversidad de detalles que pueden ser problemáticos en estos niños. Así pues, las puntuaciones sirven sólo como un punto de partida (Leonard, 1998) Además de las pruebas estandarizadas, existen otras medidas que pueden ser útiles para la evaluación del lenguaje.

En el presente estudio se observó que un alto porcentaje presentó en al menos una escala una puntuación baja correspondiendo a una y media puntuación estándar por debajo de lo normal concluyendo que en el 10% de los mismos si es posible identificar Trastorno Específico del Lenguaje aplicando una evaluación lingüística y que por lo tanto la terapia debe ir encaminada a

corregir los aspectos del lenguaje más deteriorados, que es necesario darle seguimiento a éstos pacientes para valorar su comportamiento lingüístico con el tiempo así como las modificaciones con la intervención terapéutica específica.

Esto abre nuevos campos de investigación y seguimiento a este trabajo, siendo uno de los primeros realizados en niños mexicanos, nos dará la pauta a seguir y proponer a la Batería para la evaluación de la lengua española como uno más de los recursos diagnósticos en la evaluación de los problemas de lenguaje en México y en las instituciones encargadas de la identificación y tratamiento de los mismos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ingram, T. T. S. (1960) "*Paediatric aspects of specific developmental dysphasia, dislexia and dysgraphia*". *Cer Palsy Bull.* 2:254 (80,91,211).
2. Aguado G. (1999) *Trastorno Específico del Lenguaje, Retraso de lenguaje y disfasia*. Madrid: Aljibe.
3. Johnston E. B. Johnston A.V. (2001) *Desarrollo del Lenguaje*. Buenos Aires: Panamericana.
4. Wilde, W. (1983) *Practical observations on aural surgery and nature of treatment of diseases of the ear*. Philadelphia: Blanchard and Lea.
5. Benedikt, M. (1865) *Ueber Aphasie, Agraphie und verwandte pathologische Zustände*. Wiener Medizinische Presse, 6, 1189-1190.DSM IV. (1995)
6. Broadbent, W. (1872) *On the cerebral mechanism of speech and thought*. *Medico-Chirurgical Transactions*, 55, 145-194.
7. Waldenburg, L. (1873) *Ein Fall von angeborener Aphasie*. *Berliner Klinische Wochenschrift*, 10, 8-9.
8. Clarus, A. (1874) *Ueber Aphasie bei Kindern*. *Jahrbuch für Kinderheilkunde und Physische Erziehung*, 7, 369-400.
9. Bastian, H. (1880) *The brain as an organ of mind*. New York: Appleton.
10. Uchermann, V. (1891) *Drei Fälle von Stummheit (Aphasie)*. *Zeitschrift für Ohrenheilkunde*, 21, 313-322.
11. Wyllie, J. (1894) *The disorders of speech*. *Edinburg: Oliver & Boyd*.
12. Lavrand, M. (1897) *Mutité chez des entendants*. *Revue internationale de Rhinologie, Otologie et laryngologie*, 3, 95-97.
13. Moyer, H. (1898) *Dumbness or congenital aphasia of a family type without deafness or obvious mental defect*. *Chicago Medical Recorder*, 15, 305-309.
14. Vaisse, L. (1866) *Des sourds-muets et de certains cas d'aphasie congénitale*. *Bulletin de la Société d'Anthropologie de Paris*, 1, 146-150.
15. Gutzmann, H. (1894) *Des Kindes Sprache und Sprachfehle*. Leipzig: Weber.
16. Treitel, L. (1893) *Ubre Aphasie im Kindesalter*. *Sammlung Klinischer Vortrage*, 64, 629-654.
17. Liebmann, A. (1898) *Vorlesungen ubre Sprachstorungen, 3. horstummheit*. Berlin: Coblenz.
18. McCall, E. (1911) *Two cases of congenital aphasia in children*. *British Medical Journal*, 1, 2628, 11054; 2632, 1407.
19. Gómez Palacio, M. M., Rangel, H.E., Romero, C. S., (1988) *Bateria de Evaluación de la Lengua Española para niños de 3 a 11 años*. Dirección General de Educación Especial, SEP, México D.F.
20. Leonard L. B. (2000) *Children with Specific Language Impairment*. London, England: Cambridge, Massachussets Calderón González R. *El niño con disfunción cerebral trastornos de lenguaje, aprendizaje y atención*. 1990. ED. Limusa, S.A. de C.V.
21. Tallal, P., Ross, R., y Curtiss, S. (1989). *Unexpected sex-ratios in families of language-learning-impaired children*. *Neuropsychologia*, 27, 987-998.

22. American Psychiatric Association (1995) *DSM-IV. Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson. (Traducción del original inglés (1994) *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV*. Washington: Autores).
23. Calderón González, R. (1990) *el niño con disfunción cerebral, trastornos de lenguaje aprendizaje y atención*. ED: Limusa, S.A. de C.V.
24. Bishop, D.V.M. (1997) *Pre-and perinatal hazards and family background in children with specific language impairment: a study of twins*. Brain and Language, 56, 1-26/Actas de las
25. Aguado, G. (1993) *Retardo del Lenguaje*. En J. Peña (Ed.) Manual de Logopedia. Barcelona: Masson (2ª. Edición)
26. Belinchón, M. (1996) *Las disfasias como dificultades específicas de la adquisición del lenguaje: supuestos, usos y condiciones de un concepto equívoco*. En J.N. García (Ed.) *Instrucción, aprendizaje y dificultades*; Barcelona: E.U.B.
27. Aram, D., Morris, R., y May, N. (1993) *Clinical and Research congruence in identifying children with specific language impairment*. Journal of Speech and Hearing Research, 36, 580-591.
28. Bishop, D.V.M., North, T. Y Donlan, C. (1995). *Genetic basis of Specific language impairment: evidence from a twin study*. Developmental Medicine and Child Neurology, 37, 56-71.
29. Bishop, D.V.M. (1992) *The underlying nature of specific language impairment*. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 33, 3-66.
30. Bishop, D. V. M. (1997) *Uncommon understanding. Development and disorders of language comprehension in children*. Hove (UK): Psychology Press.
31. Monfort, M. Y Juárez, A. (1993) *los niños disfásicos. Descripción y Tratamiento*. Madrid: CEPE.
32. Botting, N., Conti-Ramsden, G. Y Crutchley, A. (1997) *Concordance between teacher/therapist opinion and formal language assessment scores in children with language impairment*. European Journal of Disorders of Communication, 32, 317-327.
33. Rapin, I. y Allen, D. A. (1988) *Síndromes in developmental dysphasia and adult aphasia*. En F. Plum (Ed.) *Language, Communication and the Brain*. Volumen 66 de Research Publications: Association for Research in Nervous and Mental Disease, Nueva York: Raven Press.
34. Bishop, D.V.M. (1992). *The biological basis of developmental language disorders*. En P. Fletcher y D. Hall (Eds.) *Specific speech and Language disorders in children*. Londres: Whurr Pub.
35. Dood, B. (1995) *Procedures for clasification of subgrups of speech disorders*. En B. Dood (Ed.) *differential diagnosis and treatment of children with speech disorder*. Londres: Whurr Pub.
36. Actas de las las Jornadas Internacionales de Patología del Lenguaje "*Maduración y Lenguaje*". Lima Perú, 1973.
37. Azcoaga, J. M. (1987) *Los Retardos de Lenguaje en el niño*. Barcelona: Ediciones Paidós.
38. Oeuvres Choisis (1953) "*fisiología de la actividad nerviosa superior*". Moscú: Ed. Lengua Extranjeras.
39. Acosta, V.M., Moreno, A., Ramos, V., Quintana, A. Y Espino, O. (1996) *La evaluación del lenguaje. Teoría y práctica del proceso de evaluación en la conducta lingüística infantil*. Archidona (Málaga): Aljibe.