

UNIVERSIDAD DE SALAMANCA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA



TESIS DOCTORAL

**ANÁLISIS DE LA DEMANDA ASISTENCIAL
EN TRASTORNOS DEL LENGUAJE,
HABLA Y COMUNICACIÓN.**

**UN ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO
REALIZADO DESDE LA UNIDAD ASISTENCIAL DE
LOGOPEDIA DE LA UNIVERSIDAD
PONTIFICIA DE SALAMANCA (UPSA)**

**AUTORA: M^a Montfragüe García-Mateos
DIRECTORA: Dra. M^a Ángeles Mayor Cinca**

Salamanca, 2010

ÍNDICE DE CONTENIDOS

INDICE DE CONTENIDOS.....	p. 1
AGRADECIMIENTOS.....	p. 9

PARTE I: MARCO EXPLICATIVO

PRESENTACIÓN DE LA TESIS DOCTORAL.....	p. 11
CAPÍTULO I: FUNDAMENTACIÓN DE LA TESIS DOCTORAL.....	p. 14
1.1.- INTRODUCCIÓN.....	p. 16
1.2.- FUNDAMENTACIÓN CLÍNICA.....	p. 21
1.3.- FUNDAMENTACIÓN EDUCATIVA.....	p. 30
1.4.- FUNDAMENTACIÓN SOCIAL.....	p. 39
1.5.- FUNDAMENTACIÓN HISTÓRICA.....	p. 43
1.6.- FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICO-ACADÉMICA.....	p. 45
1.7.- FUNDAMENTACIÓN PREVENTIVA.....	p. 47
CAPÍTULO II: DEFINICIÓN DEL ÁMBITO DE ESTUDIO: PATOLOGÍAS DE LA COMUNICACIÓN.....	p. 54
2.1.- DEFINICIÓN	p.58
2.1.1.- Diversidad Terminológica.....	p.58
2.1.2.- Modelos de Referencia.....	p.61
2.2.- CLASIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS DEL DESARROLLO DEL HABLA Y DEL LENGUAJE	p.71
2.3.- TRASTORNOS ESPECÍFICOS DEL DESARROLLO DEL LENGUAJE.....	p.83
2.3.1.- Clasificación de los trastornos específicos del lenguaje.....	p.87
A) Clasificación según criterio tipológico.....	p.88
B) Clasificación según criterioo psicométrico.....	p.91
C) Clasificación Clínica-Psicométrica.....	p.91

2.4.- TRASTORNOS SECUNDARIOS DEL DESARROLLO DEL LENGUAJE ORAL.....	p.93
2.4.1.- Retrasos del Lenguaje Secundarios a la Discapacidad Intelectual.....	p.94
2.4.2.- Retrasos del Lenguaje Secundarios a la Discapacidad Auditiva.....	p.95
2.4.3.- Retrasos Del Lenguaje Secundarios a la Discapacidad Motriz.....	p.98
2.5.- TRASTORNOS ASOCIADOS AL DESARROLLO DEL LENGUAJE ORAL.....	P.102
2.5.1.- Trastornos Generalizado del Desarrollo: Autismo, Síndrome de Rett y Trastorno de Asperger.....	p.102
2.5.2.- Déficit de Atención e Hiperactividad.....	p.106
2.5.3.- Trastornos Emocionales (Mutismo Selectivo).....	p.106
2.6.- CLASIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS DEL HABLA....	p.107
2.6.1.- Dislalias.....	p.107
2.6.2.- Disartrias.....	p.108
2.6.3.- Dispraxias/Apraxia.....	p.109
2.6.4.- Disglosias.....	p.109
2.6.5.- Tartamudez.....	p.110
2.7.- TRASTORNOS DEL LENGUAJE YA ADQUIRIDO: AFASIAS.....	p.112
2.7.1.- Afasia Motora o de Broca.....	p.112
2.7.2.- Afasia Sensorial o de Wernicke.....	p.112
2.7.3.- Afasia Global.....	p.113
2.7.4.- Afasia Mixta.....	p.113
2.7.5.- Afasia De Conducción.....	p.113
2.7.6.- Afasia Anómica.....	p.114
2.7.7.-Afasia Transcortical.....	p.114
2.7.8.-Afasia Infantil.....	p.116

2.8- ALTERACIONES DE VOZ: DISFONÍAS.....	p.119
2.8.1- Disfonías Funcionales.....	p.120
2.8.2 Disfonías Orgánicas.....	p. 120
2.8.3 Disfonías Psicógenas.....	p.120
2.9- DIFICULTADES EN EL APRENDIZAJE DEL LENGUAJE ESCRITO.....	p.121
2.9.1.- Dificultades en al aprendizaje de la lectura.....	p.122
2.9.2.- Dificultades en al aprendizaje de la escritura.....	p.124
2.9.3.- Dificultades en al aprendizaje deL cálculo.....	p.125

CAPÍTULO III: INVESTIGACIONES DE LA PREVALENCIA DE LOS TRASTORNOS DEL HABLA Y LENGUAJE..... p.127

3.1.- INTRODUCCIÓN.....	p.130
3.2.- RESULTADOS DE LOS ESTUDIOS DE PREVALENCIA.....	p.136
3.2.1- Estudios sobre alteraciones comunicativas generales.....	p.137
3.2.2.- Resultados en cuanto a la prevalencia de los retrasos específicos del lenguaje	p.142
A. Resultados sobre los procesos lingüísticos comprensivos/expresivos	p.143
B. Resultados relativos a los componentes lingüísticos.....	p.146
C. Resultados relativos a los retrasos lingüísticos secundarios.....	p.148
3.2.3.- Resultados en cuanto a la prevalencia de los retrasos específicos del habla.....	p.149
3.2.4.-Repercusiones de las dificultades lingüísticas en el lenguaje escrito	p.151
3.2.5.- Resultados en cuanto a la edad	p.154
3.2.6.- Resultados en cuanto al sexo.....	p. 161
3.2.7.- Resultados en cuanto al nivel socioeconómico.....	p.162
3.2.8.- Antecedentes familiares.....	p.165

3.3.- CONCLUSIÓN SOBRE LOS RESULTADOS EPIDEMIOLOGICOS INGLESES Y LATINOS.....	p.166
3.3.1.- Resultados respecto a los retrasos del habla y del lenguaje	p.166
A. Resultados de habla e carácter primario.....	p.167
B. Resultados en el lenguaje de carácter primario.....	p.168
3.3.2.- Relación lenguaje oral y lenguaje escrito.....	p.170
3.3.3.- Resultados en cuanto a la edad	p.171
3.3.4.- Resultados en cuanto al sexo	p.172
3.3.5.- Resultados en el nivel socioeconómico y cultural.....	p.172
3.3.6.- Antecedentes familiares.....	p.173

PARTE II: ESTUDIO NO PARAMÉTRICO

CAPÍTULO IV: APROXIMACIÓN A LOS ESTUDIOS EPIDEMIOLOGICOS.....	p.176
4.1.- DEFINICIÓN DE EPIDEMIOLOGÍA.....	p.179
4.2.- CLASIFICACIÓN DE LOS DISEÑOS DE INVESTIGACIÓN EN EPIDEMIOLOGÍA.....	p.185
4.2.1.- Estudios No Experimentales o Descriptivos Observacionales.....	p. 189
A. Estudios ecológicos.....	p.190
B. De un caso o de serie de casos	p.190
C. Estudios transversales.....	p.191
4.2.2.- Estudios Cuasi-experimentales o Analítico Observacionales.....	p.193
A. Estudio de casos y controles	p.193
B. Estudio de cohortes	p.194
4.2.3.- Estudios Experimentales o Analítico Experimentales.....	p.196

4.3.- MEDIDAS DE FRECUENCIA: PREVALENCIA E INCIDENCIA.....	p.197
4.3.1.- Medidas absolutas y medidas relativas.....	p.198
4.3.2.- Cocientes utilizados en epidemiología.....	p.199
A. Razón.....	p.199
B. Proporción	p.199
C. Odds.....	p.200
D. Tasa	p.200
4.3.3.- Medidas de morbilidad	p.201
A. Medidas de Prevalencia	p.201
B. Medidas de Incidencia	p.202
C. Medidas de Seguimiento	p.204
4.4.- ERRORES DE MEDICIÓN Y SESGOS. LA FIABILIDAD Y VALIDEZ DE UN ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO	p.204
4.4.1.- Error Aleatorio.....	p.205
4.4.2.- Error Sistemático.....	p.205
A. Sesgo de selección	p.206
B. Sesgo de información u observación	p.207
CAPÍTULO V: METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN NO PARAMÉTRICA.....	p.209
5.1.- INTRODUCCIÓN: PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN.....	p.213
5.2.- OBJETIVO DE LA TESIS	p.214
5.2.1.- Fase I: Estudio de la casuística (1981-1994).....	p.216
5.2.2.- Fase II: Análisis de la relación entre los retrasos del lenguaje y la comprensión lectora (1981 a 2005).....	p.216
5.3.- METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....	p.216
5.3.1.- Diseño de la Investigación	p.217
A. Fase I: Estudio epidemiológico descriptivo.....	p.217
B. Fase II: Estudio no paramétrico.....	p.217
5.3.2.- Metodología en el Diseño de la Investigación.....	p.218

A. Fase I: Diseño de estudio ecológico	p.218
B. Fase II: Diseño de estudio no paramétrico.....	p.220
5.3.3.- Variables e Indicadores.....	p.221
A. Fase I: Diseño de estudio ecológico.....	p.221
B. Fase II: Diseño de estudio no paramétrico.....	p.224
5.3.4.- Hipótesis planteadas	p.225
A. Fase I: Diseño de estudio ecológico.....	p.225
B. Fase II: Diseño de estudio no paramétrico.....	p.225
5.3.5.- Selección de la población.....	p.226
A. Población.....	p.226
B. Selección de la muestra	p.227
5.3.6.- Instrumentos de medición.....	p.228
A. Primer contacto con el paciente.....	p.228
B. Pruebas de evaluación y diagnóstico.....	p.229
C. Programas informáticos.....	p.230
D. Registro de datos en historial personal.....	p.230
5.3.7.- Procedimiento y análisis de la muestra.....	p.230
5.4.-RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	p.231
5.4.1.- Fase I: Análisis descriptivo de la patología global (1981 a 1994).....	p.231
A. Casos tratados en cada curso académico.....	p.232
B. Análisis cualitativo del porcentaje de patologías.....	p.233
C. Análisis cualitativo de la edad de primera consulta	p.236
D. Análisis cualitativo del género	p.238
E. Análisis cualitativo de la relación entre sexo y patología	p.240
F. Análisis cualitativo de la relación entre edad y patología	p. 242

5.4.2.- Fase II: Análisis no paramétrico de la relación entre el lenguaje oral y la comprensión lectora.....	p.249
5.4.2.1.- Análisis estadístico de la relación entre el lenguaje oral y la comprensión lectora.....	p.250
A. Retraso lingüístico comprensivo semántico, sintáctico y semántico-sintáctico (VI) y su repercusión en la comprensión lectora (VD).....	p.250
B. Retraso lingüístico expresivo semántico, sintáctico y semántico-sintáctico (VI) y su repercusión en la comprensión lectora (VD).....	p.253
5.4.2.2.- Análisis estadístico de la relación entre el lenguaje oral y la comprensión lectora en relación a la edad.....	p.254
A. Retraso lingüístico comprensivo semántico, sintáctico y semántico-sintáctico (VI) y su repercusión en la comprensión lectora (VD).....	p.255
B. Retraso lingüístico expresivo semántico, sintáctico y semántico-sintáctico (VI) y su repercusión en la comprensión lectora (VD).....	p.258
5.5.-DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS	p.261
5.5.1.- Fase I: Análisis descriptivo no paramétrico de la patología general (1981 a 1994)	p.261
A. Diagnóstico.....	p.261
B. Diagnóstico y sexo.....	p.263
C. Edad de primera consulta	p.264
D. Diagnóstico y edad de primera consulta.....	p.265
5.5.2.- Fase II: Análisis descriptivo no paramétrico de la relación entre el lenguaje oral y la comprensión lectora (1981 a 2005)	p. 269

<i>CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES Y NUEVAS PERSPECTIVAS DE INVESTIGACIÓN.....</i>	<i>p.271</i>
6.1.- <i>CONCLUSIONES.....</i>	<i>p.273</i>
6.1.1.- <i>FASE I: Análisis de la casuística global entre 1981 y 1994.....</i>	<i>p.275</i>
6.1.2.- <i>FASE II: Relación entre los retrasos del lenguaje primarios y dificultades en la comprensión lectora.....</i>	<i>p.279</i>
6.2.- <i>NUEVAS PERSPECTIVAS DE INVESTIGACIÓN.....</i>	<i>p.282</i>
<i>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</i>	<i>p.285</i>
<i>ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS</i>	<i>p.308</i>
<i>ANEXO I.: Modelo de entrevista clínica.....</i>	<i>p.321</i>
<i>ANEXO II: Protocolo de recogida de datos.....</i>	<i>p.319</i>
<i>ANEXO III: Principales pruebas de evaluación.....</i>	<i>p.324</i>

A Javier, alentador de mis ilusiones, y a Elisa Cristina e Irene;

ellos son lo más preciado en mi vida.

A todas las personas que me ayudaron con su cariño, soporte y comprensión;

Muy especialmente a Aurora Gardeta, por ser la alegría personificada.

A los maestros que me enseñaron valores más allá del conocimiento académico.

Especialmente a mi directora la Dra. Dña. M^a Angeles Mayor Cinca

por su inestimable ayuda en la dirección y corrección de la Tesis, igualmente a

todas aquellas personas e Instituciones que la han hecho posible.

Y a Dios. Por acompañarme en el camino de la vida.

Gracias desde lo más profundo del corazón

PARTE I: MARCO EXPLICATIVO

PRESENTACIÓN DE LA TESIS DOCTORAL

CAPÍTULO I.- FUNDAMENTACIÓN DE LA TESIS DOCTORAL: PATOLOGÍAS DE LA COMUNICACIÓN

CAPÍTULO II.- DEFINICIÓN DEL ÁMBITO DE ESTUDIO

CAPÍTULO III.- INVESTIGACIONES DE LA PREVALENCIA DE LOS TRASTORNOS DEL HABLA Y LENGUAJE

PRESENTACIÓN DE LA TESIS DOCTORAL

La presente tesis doctoral surge como inquietud científica de analizar la demanda asistencial practicada durante los años de convivencia académica en las Escuelas de Logopedia y Psicología del Lenguaje, hasta el momento en que ambas se refunden como Diplomatura Oficial de Logopedia. Para ello hemos realizado un estudio retrospectivo en el que se revisa la evolución - desde el año 1981 hasta 1995 - de las patologías lingüísticas, del habla y de la voz, observadas y tratadas en las Escuelas de Logopedia y Psicología del Lenguaje - actualmente estudio de Grado en Logopedia - de la Universidad Pontificia de Salamanca. Se cuenta con una muestra total de 1100 casos, abordados desde el análisis de 31 variables obtenidas desde sus correspondientes historiales clínicos, lo cual convierte el estudio en una tarea de gran envergadura y que se justifica en la creciente necesidad de realizar estudios específicos sobre la prevalencia de los diferentes trastornos que afectan al lenguaje, habla y/o voz, tal y como plantea Lubker en 1997.

La importancia de los estudios y preparación académica teórico-práctica ofertada en dichas Escuelas es pionera y referencial en nuestro país, convirtiéndose en modelo para la creación de estudios en patología del lenguaje, habla y voz en otras universidades españolas; de hecho, especialistas de reconocido prestigio nacional e internacional, se han especializado o han impartido clases en sus aulas.

Bajo esta premisa, se ha intentado investigar el extenso elenco en patologías tratadas, aprovechando la circunstancia de que, pocos centros - académicos o sanitarios en nuestra Comunidad Autónoma, a excepción del Hospital Clínico Universitario de Salamanca -, cuentan con amplias muestras como la del presente estudio. El análisis de los historiales se convirtió en todo un reto por su excepcional contenido clínico - dos especialidades trabajando conjuntamente con alumnos licenciados en categorías afines como la psicología, pedagogía... -, e

igualmente, por responder a la demanda asistencial más solicitada y orientar así, la formación académica de futuros profesionales especialistas- uno de sus objetivos más sensibles -.

Esta calidad en la formación académica, surge de la práctica supervisada por profesorado especializado en las diferentes áreas, al diagnosticar e intervenir, y que todavía se formaliza en la creación de una bolsa de trabajo donde se reciben peticiones de centros, públicos y privados, de profesionales formados específicamente en dichas Escuelas.

El presente trabajo ha permitido analizar las patologías de mayor frecuencia de aparición, las edades de mayor predominio de consulta... etc., comparando sus resultados con los estudios previos sobre el tema, dando lugar a este estudio de la prevalencia de la patología lingüística.

El desarrollo de su contenido se plasma en dos apartados generales:

Una primera parte o "*Fundamentación Teórica*" donde se enmarcan los tres primeros capítulos explicativos que plantean las bases teóricas para realizar este trabajo. El *primer capítulo* justifica la necesidad de realizar estudios epidemiológicos y de prevalencia en la patología general del lenguaje. El *segundo capítulo*, describe brevemente las diferentes patologías del lenguaje, habla y voz, para finalizar, en un *tercer capítulo*, con la presentación de los estudios previos más importantes, tanto nacionales como internacionales, en el campo de la epidemiología de las alteraciones del lenguaje.

La segunda parte o "*Fundamentación Metodológica Descriptiva*" se presenta en el *capítulo cuarto* en el que se plantea una breve descripción tanto de los conceptos, como de los principales diseños de investigación epidemiológica empleados para la realización del trabajo doctoral. Posteriormente, el *capítulo cinco* muestra el análisis estadístico no paramétrico realizado con los datos de la muestra estudiada para, finalmente, desarrollar las conclusiones y posibles nuevas investigaciones a realizar en el *capítulo seis*.

Se pretende por tanto, dar a conocer la importancia de realizar estudios epidemiológicos como este, dado que esta perspectiva, aún siendo clásica en los estudios relacionados con el ámbito sanitario (medicina, enfermería, salud mental...), no lo es tanto en el campo de las alteraciones del lenguaje. Por ello, esperamos que esta Tesis contribuya a dar respuesta a la afirmación que se ve respaldada por múltiples estudios en el tema: se necesitan más estudios epidemiológicos y de prevalencia sobre las diferentes patologías del lenguaje, habla y voz en un campo donde todavía queda mucho por investigar.

CAPÍTULO I

FUNDAMENTACIÓN DE LA TESIS DOCTORAL

CAPÍTULO I: FUNDAMENTACIÓN DE LA TESIS DOCTORAL

1.1.- INTRODUCCIÓN

1.2.- FUNDAMENTACIÓN CLÍNICA

1.3.- FUNDAMENTACIÓN EDUCATIVA

1.4.- FUNDAMENTACIÓN SOCIAL

1.5.- FUNDAMENTACIÓN HISTÓRICA

1.6.- FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICO-ACADÉMICA

1.7.- FUNDAMENTACIÓN PREVENTIVA

1.1.- INTRODUCCIÓN

En el apartado previo correspondiente a la presentación de la tesis doctoral se mencionaba la necesidad que Lubker (1997) planteaba de crear estudios de prevalencia, tanto en la población infantil como adulta, sobre el extenso elenco de patologías del lenguaje y afines. En este sentido, se encuentran diversas razones que fundamentan este tipo de estudios:

1º) Las investigaciones epidemiológicas y/o de prevalencia permiten conocer con mayor profundidad las repercusiones biopsicosociales de las dificultades lingüísticas en el desarrollo de la persona

Debemos recordar aquí que es precisamente el lenguaje, - junto con los afectos -, el que configura al ser humano como tal. La capacidad lingüística es la esencia de la persona: posibilita su integración social desde el lenguaje oral, su camino cultural desde la comunicación escrita y, finalmente su adecuación laboral, aunando ambas competencias: la oral y la escrita. Un desarrollo alterado del lenguaje es un factor de riesgo para la aparición de dificultades posteriores en el desarrollo del niño que llegan a incidir en la vida adulta tal y como demuestran innumerables estudios (Beitchman, Nair, Clegg, Ferguson y Patel, 1986b; Beitchman et al., 1996a; Beitchman et al., 1996b; Ruben, 2000; Warner, Taylor, Taylor y Sandberg, 2000; Weindrich, Jennen-Steinmetz, Laucht, Esser y Schmidt, 2000; Bryan, 2004; Beitchman 2005; SimkEn y Conti-Ramsden, 2006; Hall y Segarra, 2007):

Con frecuencia, los trastornos de aprendizaje, el fracaso escolar y las dificultades en la inserción social y laboral tienen su inicio en trastornos [que suceden a lo largo] del desarrollo y, especialmente, dada su elevada

incidencia, en los trastornos del desarrollo del lenguaje (Gorospe, Garrido, Vera y Málaga, 1997, p. 19)

Estas estimaciones sugieren que los retrasos del habla y lenguaje [que suceden] en la temprana infancia son un problema común que tiene importantes implicaciones para los niños (Law, Boyle, Harris, Harkness y Nye, 2000, p. 179) presentando "conductas y aspectos psicosociales diferentes." (Ibíd., 2000, p. 181).

Y si analizamos niveles más severos de dificultad:

Hay un volumen sustancioso de literatura que confirma que los niños con alteraciones específica en el lenguaje (SLI) cuentan con un riesgo considerable a la hora de presentar problemática social, emocional y de conducta y reducen sus posibilidades de alfabetización (lectura y escritura) en años posteriores (...) De todos modos, no existen archivos de investigaciones suficientes aún para acceder e interpretar la información válida relativa a diferentes aspectos de los SLI: su prevalencia, su estabilidad y magnitud asociada al posterior desarrollo lingüístico. Esto podría ser llevado a cabo fácilmente por clínicos y cuidadores a su cargo. (Prathanee, Thinkhamrop y Dechongkit, 2006, p. 1775)

2º) Permiten conocer más exhaustivamente la naturaleza del problema con la finalidad de poder precisar tanto su descripción como su definición terminológica (Johnson, 2007)

Otra complejidad en su estudio es que la mayoría de las alteraciones no están claramente definidas. Los datos sobre su incidencia, en particular, son prácticamente inexistentes. (Lubker, 1997, p. 255)

Pero ¿qué se entiende globalmente por dificultades en la competencia comunicativa oral? Ruben (2000) en su estudio sobre la prevalencia de los desórdenes de la comunicación incluye como categorías de estudio en patología la: *"... pérdida auditiva, alteraciones en la voz y habla, y/o el más esencial y significativo nivel: las alteraciones lingüísticas"* (Ruben, 2000, p. 242)

Cualquier dificultad en alguna de estas categorías mermará considerablemente las posibilidades de enriquecimiento personal, social y/o cultural pues las sociedades culturalmente más avanzadas han pasado de ejercer actividades laborales manuales a otras relacionadas significativamente con el lenguaje (Ruben, 2000). Las implicaciones laborales y económicas para el propio Estado requieren la revisión del modo de asistencia e intervención terapéutica - sanitaria, educativa y cultural - de la población en general y, en particular, de las personas con dificultad lingüística y comunicativa generando entonces: *"profundos efectos en la definición de enfermedad, y en la expectativas sociales y demanda respecto a la profesión médica"* (Ruben, 2000, p.241)

3º) Responden a la creciente necesidad de creación de servicios asistenciales para establecer, prevenir y atender adecuadamente su demanda y, con ello, obtener mejores fondos (Antoniadis y Lubker, 1997)

La epidemiología se presenta, no como un formulario esotérico con una utilidad clínica limitada, sino como una ciencia que puede ayudar a los patólogos y audiólogos del habla y del lenguaje a predecir y pronosticar por donde vendrá su población, si necesitará cambiar como servicio y adiestramiento, y como un complemento a la ciencia experimental y clínica. (Lubker, 1997, p.251)

¿Cuántos niños tienen alteraciones en el habla o lenguaje? Esta pregunta es importante para padres, profesionales, políticos e investigadores que desean

entender los desórdenes de la comunicación y mejorar los servicios de evaluación e intervención para estos niños. La respuesta requiere la estimación de la prevalencia. (Johnson, 2007, p. 1)

Por todo ello *"... la demanda de estudios epidemiológicos en el campo de la psicología del lenguaje, logopedia, audición y lenguaje y ciencias afines, en general, adquiere gradualmente caracteres de verdadera exigencia social"* (de Santiago, Fernández y Guerra, 1999, p.10)

Históricamente, el interés por el estudio científico sobre los trastornos del lenguaje se inicia hacia 1835 (Weiner, 1986) con un campo muy restringido y centrado fundamentalmente en dificultades de habla o audición.

Mucho más tarde, a principio de los años 70, la frecuencia de aparición de los desórdenes lingüísticos y del habla toma interés científico a raíz del "Informe Quirk", elaborado en 1972, cuya enorme relevancia internacional - al ser el primer estudio y más numeroso (aproximadamente 86.000 casos) - abre al campo a la investigación epidemiológica de las alteraciones lingüísticas. Su muestra de estudio se centra en las dificultades en la comunicación oral, presentes en pacientes geriátricos, en lesionados hospitalizados y en la población general con diferentes alteraciones lingüísticas. Sus resultados muestran que la frecuencia más elevada de aparición se registra, principalmente, durante las etapas de Preescolar y de Educación Infantil comprendida por tanto entre los 3 y 8 años.

Finalmente, en la década de los 80 es cuando se produce un notable incremento de estudios centrados en la prevalencia de la patología lingüística que llega hasta nuestros días (Silva, McGee y Williams, 1983; Beitchman et al., 1986a; Garrido et al., 1995; de Andrade, 1997; TomblEn et al., 1997; Law et al., 1998, 2000; Enderby y Petheram, 2000; Ruben, 2000; Weindrich et al., 2000; Petheram y Enderby, 2001; Bromfield y Dodd, 2004a; Johnson, 2007; McKinnon, McLeod y Reilly, 2007; McLeod y McKinnon, 2007).

No obstante, algunos autores consideran que las investigaciones sobre prevalencia y epidemiología de los trastornos en la comunicación y el lenguaje son insuficientes, quizás porque no considerados todavía como un problema de alto nivel para la salud pública y para la sociedad en general:

En nuestro país es general la escasez de datos epidemiológicos válidos, pero en patología del lenguaje, el habla y la voz nos encontramos con una falta casi absoluta de trabajos orientados hacia ese objetivo. El trabajo de Bonet, sobre la oferta y demanda asistencial en Cataluña significó en su momento una importante aportación, pero no ha encontrado la necesaria continuidad (Garrido et al., p. 219, 1995)

Esta misma idea queda resaltada por de Andrade (1997): *La relevancia epidemiológica de las patologías de la comunicación son poco consideradas, tanto para los desórdenes de manifestación primaria como para los desórdenes secundarios (p. 497)* y por Ruben (2000): *Los desordenes comunicativos hasta ahora no han sido considerados como un problema sustancial de salud pública (p. 242)*

Esta necesidad se expone más concretamente desde las diferentes ciencias y profesiones que abordan la comunicación humana:

1.1.- Fundamentación desde ámbitos clínicos

1.2.- Fundamentación desde ámbitos educativos

1.3.- Fundamentación desde ámbitos sociales

1.4.- Fundamentación desde ámbitos históricos

1.5.- Fundamentación desde ámbitos científicos-académicos

1.6.- Fundamentación desde ámbitos preventivos

1.2.- FUNDAMENTACIÓN CLÍNICA

Es en el área de la salud – de tipo psicobiologicista - donde tradicionalmente se enmarcan los diferentes estudios epidemiológicos y de prevalencia. Crystal (1989) enfatiza el compromiso de obtener descripciones precisas de los trastornos lingüísticos, mediante estudios epidemiológicos, centrando su utilidad clínica, fundamentalmente, en los siguientes niveles:

1) Evitar el efecto etiquetado en las patologías lingüísticas

La tendencia que conduce a etiquetar los trastornos no ayuda a explicarlos ni definirlos, sino más bien a catalogarlos como tales sEn más. Por ello, Crystal (1989) incita a trabajar desde la epidemiología y la prevalencia buscando características específicas para cada una: *“un conjunto de criterios de análisis que diferenciarían sistemáticamente al trastorno de aquellos otros con los que probablemente se confunde, así como explicar la variabilidad interna que puede encontrarse en dicho trastorno...”* (p. 167-168), e igualmente: *“...en los últimos años se ha logrado un considerable progreso en nuestra comprensión de los trastornos lingüísticos a partir de un punto de vista epidemiológico”* (p. 242, 243)

2) Consensuar la terminología y clasificaciones a emplear

Esta idea queda plasmada en la reunión de Copenhague, celebrada con expertos de 40 países en 1979. En uno de los siete principios básicos fundacionales, para la realización de las categorías diagnósticas del CIE-10 se resalta que:

Respecto a la estrategia y metodología de la clasificación, el primer obstáculo es, sEn duda, nuestra limitación en el conocimiento de los

fenómenos que se deben clasificar. En consecuencia, más que mejorar los métodos estadísticos, lo que debe fomentarse es la observación clínica. En efecto, se propone un retorno a los métodos clásicos de observación clínica, que deben dar apoyo a los hallazgos epidemiológicos y biológicos. (Saiz y Montes, 2006, p. 1487)

Esta necesidad de un conocimiento más amplio y preciso de las dificultades lingüísticas, también se ve afirmada por los escasos estudios realizados en nuestro país (Garrido et al., 1995).

En palabras de Broomfield et al. (2004a) los servicios asistenciales de intervención en el lenguaje necesitan saber, no sólo la proporción de niños atendidos para la evaluación de sus dificultades, sino también conocer:

Datos confiables concernientes al tipo específico de retraso de habla o lenguaje estudiado, su severidad y su concurrencia con otros diagnósticos es esencial. Los proyectos asistenciales también necesitan información referencial sobre la edad, la procedencia, y los efectos de los perfiles culturales y socioeconómicos de la población de referencia parental (Ibíd., p. 304)

3) Mejorar las dificultades que se presentan en la evaluación y tratamiento lingüístico para una mayor exactitud y consenso diagnóstico

Las medidas de registro, tanto standarizadas como de observación, necesitan mayor precisión, rigor y exactitud para definir las dificultades y mejorar con ello el consenso diagnóstico (Law et al., 2000):

Es necesario conocer la relevancia de los cuadros patológicos que nos ocupan, la cuantificación de su frecuencia, los factores sociales, individuales

o ambientales que influyen en su desarrollo y también, o especialmente, poder comprobar de una forma medible las hipótesis etiológicas, la validez de las herramientas clínicas que utilizamos para valorar el síntoma o la eficacia de un tratamiento (Garrido et al., p. 219, 1995)

Existen limitaciones todavía, puesto que la clasificación de las alteraciones no es absolutamente válida ni consistente, variando notablemente según el criterio elegido: clínico para la intervención o psicométrico para la investigación. Esta disparidad de criterios entorpece, claramente, los estudios de prevalencia (Aram, Morris y Hall, 1993; Johnson y Beitchman, 2005). Lo mismo sucede con las pruebas de valoración: no siempre son las más adecuadas puesto que en algunos casos tan sólo se utilizan registros observacionales no específicos para el habla y/o lenguaje (Nelson, Nygren, Walker y Panoscha, 2006) y, en ocasiones, los evaluadores tampoco están formados adecuadamente (Law et al., 2000; Verhoeven y van Balkom, 2004;):

"El problema es que el análisis de los test muestra que la validez y fiabilidad de los instrumentos deja mucho que desear" (Verhoeven et al., 2004, p. 12)

Esta planteamiento es también recogido por Broomfield et al. en el año 2004 quienes recomiendan abordar la descripción sintomatológica, aunando ambas posturas – clínica y psicométrica - para mejorar las definiciones y encontrar criterios comunes para su clasificación:

El juicio clínico sintomatológico debe promoverse, junto a la evaluación objetiva estandarizada, para identificar estas dificultades en la comunicación... La evaluación extensa es esencial para que todos los elementos de las alteraciones comunicativas sean identificadas, puesto que particularmente, la presencia de aspectos sencillos en las dificultades de la comunicación es rara. (Broomfield et al., 2004a, p. 322)

Este mayor acercamiento científico puede realizarse desde los estudios en prevalencia y epidemiología, trabajando de forma conjunta investigadores, clínicos y epidemiólogos, tanto para la atención pública de estos desórdenes, como para la obtención de mayores fondos para la investigación (Lubker, 1997; Vázquez, 2004).

En nuestro contexto más próximo, las investigaciones epidemiológicas y de prevalencia sobre el tema que nos ocupa, han contribuido a la expansión de un conocimiento más amplio, así como fundamento y apoyo para la creación de servicios asistenciales dentro del ámbito médico que, con posterioridad, repercutieron en la difusión de este conocimiento al contexto escolar (Bonet, 1985; Gorospe et al., 1991 y Garrido et al. 1995).

4) Abren el campo de estudio e intervención a patologías clínicas que conllevan desordenes comunicativos, como condición de comorbilidad, y que se presentan como consecuencia de éstas

Diferentes investigadores como las de Lubker y TomblEn (1998), Lubker, Bernier y Vizoso (1999), Kaplan, Dewey, Crawford y Wilson (2001), Bishop y Snowling (2004), Rice, Warren y Betz (2005), Conti-Ramsden, SimkEn y Botting (2006) y Johnson (2007) resaltan el aspecto crucial de que las dificultades lingüísticas suelen asociarse a otras más graves (bajo rendimiento académico, acoso escolar, delincuencia, etc.,...) que no son consideradas desde la perspectiva de la patología del lenguaje: "*Lamentablemente, a diferencia de los clínicos, pocos estudios han asumido estas significativas cuestiones de comorbilidad importantes para la sociedad*" (Johnson, 2007, p. 3)

Dos de los cuadros más estudiados, respecto a su relación concomitante con las dificultades lingüísticas, son los trastornos de conducta y las perturbaciones psicológicas, tal y como se menciona a continuación.

4.1.- Relación entre problemas en la competencia lingüística y desórdenes de atención e hiperactividad

Los estudios de Love y Thompson (1988), Warner et al. (2000) muestran que una de las sintomatologías que aparecen de forma más relevante a las dificultades lingüísticas y/o del habla son los desórdenes en la atención e hiperactividad (ADHD), especialmente en status sociales bajos. Weiss, Worling y Wasdell (2003) observan, además, la mayor proporción de aparición en varones y que igualmente, es comórbida con las dificultades de aprendizaje.

4.2.- Relación entre problemas en la competencia lingüística y alteraciones emocionales y/o sociales

En este sentido, la relación entre la competencia lingüística en edades tempranas, y la presencia de perturbaciones psiquiátricas en la adolescencia tales como ansiedad, fobia social y personalidad antisocial, ha sido tratada en profundidad en varios trabajos entre los que destacan Beitchman et al., (2001); Bryan (2004); Sundheim y Voeller (2004); Beitchman (2005) y Snowling, Bishop, Stothard, Chipchase y Kaplan (2006) encontrando que:

Existen fuertes evidencias en la asociación entre alteraciones en el habla y en el lenguaje y desórdenes psiquiátricos. Los niños con alteraciones del habla y lenguaje tienen elevados los niveles de concurrencia en dificultades de atención e hiperactividad, ansiedad y alteraciones psiquiátricas a los doce años. Los déficits cognitivos caracterizan los desordenes de atención e hiperactividad en estos subgrupos. Existe relación entre una deficiente competencia verbal y la delincuencia juvenil (Beitchman, 2005, p.1)

No obstante, Beitchman (2005) – uno de los investigadores más relevante en este campo - señala que la mayoría de los estudios sobre la relación entre

alteraciones lingüísticas y delincuencia son trabajos incompletos de "historia natural" donde:

- a) se analiza exclusivamente la población con dificultades lingüísticas severas
- b) son estudios retrospectivos en los que no realiza ningún seguimiento más allá de la adolescencia,
- c) los grupos de control no suelen estar correctamente definidos respecto a su historial lingüístico
- d) los resultados hallados sobre la relación entre el abuso patológico de sustancias nocivas y los bajos resultados académicos o dificultades de aprendizaje, pueden ser debidos, más a la apatía y absentismo escolar que a las propias dificultades en el lenguaje: *"La problemática en otros ámbitos de funcionamiento psicosocial puede persistir, incluso, si las dificultades lingüísticas o de habla se han resuelto"* (Beitchman, 2005, p. 2)

Snowling et al. (2006) encuentran datos similares a los aportados por Beitchman et al. (1996b) precisando que no todos los jóvenes con antecedentes lingüísticos - superados positivamente, con o sEn ayuda terapéutica, presentan alteraciones emocionales o psicológicas: *"No existe relación significativa entre presentar antecedentes en retrasos del habla y del lenguaje, y frecuencia de alteraciones psiquiátricas en adolescentes"* (Snowling et al., 2006, p. 763)

En este sentido, se plantea entonces cuáles son los factores asociados a las dificultades del lenguaje y a las alteraciones psicológicas:

- a) Horwitz et al., (2003) señalan que - en niños de uno a dos años de edad - la escasa habilidad social, más que los problemas de conducta, es la primera y más temprana manifestación de las dificultades lingüísticas expresivas: *"Un lenguaje expresivo empobrecido puede no ser un problema aislado y*

mostrarse como una tempranísima vinculación del desarrollo de habilidades sociales, emocionales y conductuales y su problemática” (Horwitz et al., 2003, p. 938)

Si el retraso lingüístico afecta a la comprensión y, especialmente, al componente pragmático, las dificultades emocionales y conductuales se ven incrementadas (Conti Ramsden et al., 2002).

Igualmente, los retrasos en la adquisición del lenguaje tienen un mayor nivel de prevalencia, que los problemas emocionales o de conducta, tendiendo ambos a incrementarse con la edad (Horwitz et al., 2003)

- b) Snowling et al. (2006) destacan la importancia de la cronicidad en las alteraciones lingüísticas y su asociación a un elevado número de dificultades sociales y de atención.

Es importante destacar, cómo análisis adicionales mostraron que las repercusiones psicosociales dependen de la persistencia (y discutible la severidad) del inicial retraso del habla o lenguaje (...) las repercusiones no eran buenas para aquellos niños con dificultades lingüísticas persistentes a lo largo de los años escolares (Snowling et al., 2006, p. 763)

Estos resultados son coincidentes con los de Beitchman (2005) quien resalta que las dificultades concurrentes y perseverantes en el lenguaje comprensivo, son las que tienden a generar problemas conductuales en adolescentes (más que en aquellos donde aparecen exclusivamente dificultades de habla o un desarrollo lingüístico normalizado). Esto parece ser debido a que el lenguaje ejerce como mecanismo de autorregulación y evaluador sobre las conductas y sus efectos: *“Consecuentemente, las dificultades lingüísticas pueden impedir el uso de éste como intermediario*

para evaluar las consecuencias de una acción y puede reducir las estrategias alternativas válidas para cualquier acción dada” (Beitchman, 2005, p. 2)

- c) Igualmente existe cierta relación entre la inteligencia no verbal y el tipo de proceso lingüístico perturbado – comprensivo o expresivo - mostrando que:

El riesgo de morbilidad psiquiátrica es más alto en quienes presentan más severos y persistentes problemas lingüísticos, particularmente si estos estaban asociados con puntuaciones bajas en inteligencia no verbal... El grupo con problemas de atención muestra un perfil de dificultades lingüísticas expresivas; el grupo con dificultades sociales tenía dificultades lingüísticas receptivas y expresivas y el grupo con ambas problemáticas, social y de atención, mostraban baja inteligencia no verbal conjuntamente a alteraciones lingüísticas globales (Snowling et al., 2006, p. 763)

Bryan (2004) ofrece datos similares al estudiar las habilidades lingüísticas en presos adolescentes. Concluye además que, aunque la base de sus problemas psiquiátricos se relaciona con su inteligencia o lenguaje, no son tratados adecuadamente:

Muestran además mayor tendencia a presentar episodios recientes de admisión hospitalarios, enfermedad mental o psiquiátrica. Este dato sugiere que existe un número significativo de delincuentes con dificultades en la comunicación que están, primeramente, asociados con dificultades cognitivas o psicológicas, a pesar de que no están siendo técnicamente clasificados como portadores de dificultades de aprendizaje (Ibíd., p.392)

Y que además de encontrar "Un número significativamente amplio de jóvenes delincuentes que tienen dificultades en el habla, lenguaje y

comunicación” (p. 393), destaca “la competencia gramatical particularmente pobre entre los jóvenes delincuentes” (p. 397)

- d) Grado de afectación del problema: cuanto más graves son los problemas, más afectan a la inteligencia, a los procesos lingüísticos en comprensión y expresión observándose además, dificultades más profundas que persisten durante la vida adulta (Beitchman, 2005; Snowling et al., 2006).

Se destaca, por tanto, la necesidad de un mejor apoyo asistencial, tanto en niños como adolescentes, más allá del abordaje puramente logopédico centrado también en la atención psicológica:

Los hallazgos del estudio sugieren que estos niños con problemas lingüísticos en la escuela entran a formar parte de un grupo vulnerable, que requiere no sólo intervención lingüística sino que, en algunos casos, necesitan también ayuda emocional y conductual (Snowling et al., 2006, p. 763)

Surge así, un campo novedoso en la actuación clínica sanitaria de las alteraciones emocionales que va más allá de la propia patología psiquiátrica y que se relaciona con la competencia comunicativa oral, ampliando así el espectro en los tratamientos de atención de salud clínica. De la misma forma, se origina una nueva e inusual responsabilidad por parte de los patólogos del habla y del lenguaje para incluir nuevos estudios sobre epidemiología y prevalencia, donde se aúnen paralelamente la intervención mental y comunicativa. En palabras de Beitchman et al. (2001): *“Se requieren futuras investigaciones para explorar el impacto relativo de otros antecedentes negativos, incluida la línea base de la conducta problemática” (p. 81)*

En este sentido, investigadores como Law et al. (2000), Ruben (2000), Keating, Turrell y Ozanne (2001), Enderby y Pickstone (2005), Law et al., (2007) justifican la realización de estudios epidemiológicos en este campo, por la creciente necesidad de creación de centros asistenciales, tanto socio-sanitarios como escolares, de programas gubernamentales de prevención, además del estudio de la evolución global de resultados que están asociados a los costes sociales que generan. En palabras de Law et al. (2000): "*Existen además costes sociales y económicos asociados con diferentes resultados pero estos tienen que ser todavía explorados*" (p. 179)

1.3.- FUNDAMENTACIÓN EDUCATIVA

Se cuenta con numerosas investigaciones que evidencian la relación entre las dificultades en el lenguaje oral y las posibles repercusiones negativas en el aprendizaje de la lectura, escritura y/o cálculo matemático (SimkEn et al., 2006; Hall et al., 2007). En nuestro país, contamos con rigurosos estudios que confirman tal relación (Mayor, 1993, 1994; Orrantia, Morán, Gracia y González 1995; Rueda, 1995; Domínguez, 1999; Acosta y Moreno, 2001; Vázquez, 2004). No obstante, la relación entre lenguaje oral y escrito, ha sido evidenciada tradicionalmente fuera del ámbito epidemiológico: "*Parece evidente, por tanto, que para obtener un buen rendimiento escolar, es preciso que el alumno cuente con un buen nivel de aptitudes lingüísticas de comprensión y expresión oral y escrita*" (Mayor, 1994, p. 341)

Esta significación debe ser considerada cuidadosamente, puesto que la conducta lingüística se ve reflejada en todas las actividades que la persona realiza a lo largo de su vida. El ser humano es la única especie que puede desarrollar códigos

simbólicos orales para comunicarse y transformarlos en símbolos gráficos con pleno significado. Es decir, es el único ser que además de hablar puede escribir para relacionarse con los demás, transmitiendo así su conocimiento y cultura generando con ello, calidad de vida social y laboral. Las dos competencias – oral y escrita - son imprescindibles para la capacitación plena de la persona.

Es evidente que las capacidades verbales se aprenden de forma natural sEn embargo, el aprendizaje del lenguaje escrito implica una competencia instruccional programada institucionalmente desde el ámbito educativo (Mayor et al., 1996; Mayor y Zubiauz, en prensa). Es la escuela quien enseña y forma mediante materias curriculares a las que el niño se enfrenta durante su etapa escolar, áreas que determinan gran parte de su éxito o fracaso socio-cultural. En este sentido, la presencia de dificultades – orales o escritas – le impedirá aprender en las mismas condiciones que el resto de la población general.

Por ello, debe tenerse en cuenta que no todos los alumnos presentan habilidades suficientes: *"...los profesores de enseñanza secundaria tienen como promedio dos o tres estudiantes con alteraciones lingüísticas en cada una de sus clases."* (Patchell y Hand, 1993, p. 3) o, en palabras de Verhoeven et al. (2004):

En las complejas situaciones de escucha, dentro y fuera de la clase, caracterizadas por el ruido de fondo excesivo, acústica empobrecida, y habla competitiva en niveles lingüísticos normales, estos niños generalmente evidencian incapacidad para comprender los contenidos lingüísticos y educativos. Además, los niños con dificultades lingüísticas tienden a mostrar grandes dificultades con el aprendizaje de una comunicación eficiente en el contexto del aula. (p. 5)

Cualquier problemática conllevaría, por tanto, importantes repercusiones para su desarrollo personal y socio-cultural. (Reed, 1986; Patchell et al., 1993; Beitchman et al., 1996a; Tallal, Allard, Millar y Curtis, 1997; Law et al., 2000;

Peralta, 2001; Sundheim et al., 2004; Verhoeven et al., 2004). Estas repercusiones socioculturales se evidencian tempranamente ya en el ámbito educativo donde:

Es muy importante para los escolares de niveles superiores ser populares en su propio grupo, y también necesitan ser graciosos, burlones, provocadores, convincentes, competidores verbales, auto justificarse, excusarse y una variedad de complejas habilidades verbales comprensivas y expresivas. Cuando no son buenos en estas cosas, tienen el riesgo de desarrollar problemas sociales y emocionales... No es sorprendente por tanto que las manifestaciones visibles de las alteraciones lingüísticas sean interpretadas como alteraciones de conducta, personalidad o atención. (Patchell et al., 1993, p. 3)

Por todo ello, estas dificultades lingüísticas, enmascaradas en alteraciones de conducta, o falta de atención y seguimiento dentro del aula, pueden agravar estos problemas o, incluso, originar otros más serios que, en apariencia, no se relacionan con su etiología comunicativa oral: *"Como resultado, los niños con problemas en el habla y/o lenguaje corren el riesgo de resultar aislados socialmente"* (Verhoeven et al., 2004, p. 6)

Por eso, se destaca el hecho importantísimo de que es en la escuela donde se detectan tempranamente, y con mayor claridad, las dificultades lingüísticas orales, generalmente por mayor exigencia, en cuanto a la competencia comunicativa hablada y/o escrita:

La mayor parte de los niños están escolarizados a partir de los tres años, la escuela se convierte en el contexto en el que se manifestarían muchos de los problemas del lenguaje de los alumnos, aunque entre otros, será la familia, la que haya observado esas diferencias. (Mayor, 1994, p. 345)

Y es que la mayoría de los problemas del lenguaje y la comunicación se manifiestan, y en algunos casos se intensifican, en la situación de enseñanza-aprendizaje. (Mayor, 1994, p.348)

Sus dificultades en el habla y en el lenguaje amenazan el desarrollo temprano de estos niños en edades preescolares. Generalmente, sus problemas son diagnosticados tarde o muy tarde, y el lapso temporal entre diagnóstico e intervención es por eso relativamente largo. (Verhoeven et al., 2004, p.6)

Estos resultados, en cuanto a la relación entre las alteraciones lingüísticas orales, y las dificultades de aprendizaje en general se ven confirmadas por el amplio número de investigaciones de prevalencia, centradas en el objetivo de estudiar las implicaciones que conllevan los retrasos del lenguaje oral y/o habla (Silva et al.,1983; Silva et al., 1987; Miranda, 1990; McArthur, Hogben, Edwards, Heath y Mengler, 2000; Weindrich et al., 2000; Sunderland, 2004; Sundheim et al., 2004; Hall et al., 2007; McLeod et al., 2007; y Savage, Carless y Ferraro, 2007):

Las dificultades de aprendizaje suceden de un 5 a un 10% de la población. Incluyen alteraciones de lectura (dislexia), alteraciones en el desarrollo aritmético (discalculia), alteraciones en la expresión escrita (disortografía), y alteraciones en el aprendizaje no verbal. No obstante, las alteraciones del lenguaje no se consideran como dificultades de aprendizaje en el sentido clásico; son generalmente precursoras de la dislexia o, asociarse a ella e, igualmente, puede ser un síntoma [las dificultades lingüísticas] de otras alteraciones de aprendizaje. La dislexia es la más común, constituyendo alrededor de la mitad de todas las dificultades de aprendizaje. (Sundheim et al, 2004, p. 815)

Las dificultades pueden incluir un número de los siguientes aspectos: lectura, escritura, deletreo, caligrafía, matemáticas (números, colocación, medición),

competencia lingüística oral, pensamiento, memoria, procesamiento visual, procesamiento auditivo, coordinación motriz, atención, organización, copiado, seguimiento de instrucciones, completar tareas y competencia social. (McLeod et al., 2007, p.59)

Los hallazgos de estos estudios documentan, consistentemente, peores resultados académicos en niños con antecedentes de dificultades lingüísticas, en comparación a niños sEn historial de problemática lingüística. (Hall et al., 2007, p. 83)

Igualmente, estos trabajos de investigación, destacan el hecho de que la incidencia de las dificultades comunicativas se incrementan durante la edad escolar y que van en claro aumento: *"Entre los años escolares 1989 a 1990 y 1998 a 1999, el número de sujetos que recibieron atención por dificultades de habla o lenguaje se incrementó globalmente hasta el 10, 3% (U.S.Department of Education, 2000)" (Sunderland, 2004, p. 209)*

Estos resultados, mostrados desde estudios de prevalencia, son coincidentes con los únicos realizados en nuestro país (Bonet, 1986; Peralta y Narbona, 1991 y Garrido et al., (1995). Concretamente, el estudio catalán de Bonet (1986) resalta además que: *"Los datos históricos demuestran que fueron (los centros educativos) los primeros en aceptar reeducaciones logopédicas" (Bonet, 1986, p. 34)*

Para un mejor análisis de los estudios sobre prevalencia en alteraciones lingüísticas, relacionadas con las dificultades de aprendizaje se presenta la clasificación llevada a cabo por Law et al. (2000) y, Hall et al. (2007) en cuatro bloques. Dichos trabajos realizan un seguimiento de las alteraciones en el habla y/o lenguaje en edades preescolares y cómo estas afectan posteriormente al rendimiento en los "aprendizajes instrumentales" (lectura, escritura, deletreo, el conteo numérico, cálculo y razonamiento matemático):

- a) *Estudios longitudinales de prevalencia en niños con dificultades lingüísticas orales hasta el aprendizaje del lenguaje escrito* (Silva, et al., 1983; Silva, et al., 1987; , 1992; Miranda, 1990; Menyuk et al., 1991; Beitchman et al., 1996a; Catts, Fey, Zhang y Tomblin, 1999, 2001; Bishop y Leonard, 2000; Tomblin, Zhang, Buckwalter y Catts, 2000; Catts, Fey, Tomblin y Zhang, 2002; Young et al., 2002 y Beitchman, 2005).

- b) *Estudios transversales de prevalencia en los que se identifican a niños preescolares con dificultades lingüísticas que vuelven a ser valorados posteriormente con test standarizados durante su escolarización* (SimkEn et al., 2006; Hall et al., 2007)

- c) *Estudios de prevalencia sobre dificultades lingüísticas en las áreas relacionadas con la conciencia fonológica, comprensión semántica y/o sintáctica y su posterior relación con las dificultades lectoras* (Beitchman et al.,1996; Catts, 1993 y Catts et al., 2002)

- d) *Estudios sobre la relación entre las dificultades del lenguaje y su relación con las matemáticas* (Fazio, 1996, 1999 y Koponen, Mononen, Rasanen y Ahonen, 2006). En estos se comenta la relación del vocabulario y del razonamiento verbal en la resolución de problemas aritméticos donde se muestran más propensos a utilizar estrategias de conteo que de lógica matemática.

En general, las implicaciones en el lenguaje escrito, constituyen el campo epidemiológico más estudiado dentro del ámbito lingüístico educativo. SEn embargo, en los últimos años, empieza a centrarse también en las repercusiones psicosociales que conllevan las dificultades lingüísticas orales. Las repercusiones de las dificultades lingüísticas, no sólo implican al aprendizaje del lenguaje escrito. Hay otras dificultades socio-emocionales que se le unen como: "*problemas en el*

lenguaje verbal, lectura, escritura junto con la conducta y otros aspectos de ajustes psicosocial” (Law et al., 2000, p. 181)

Más específicamente, los resultados de los estudios epidemiológicos longitudinales muestran que existe una alta relación entre dificultades del lenguaje oral – especialmente la competencia semántica y sintáctica - y repercusiones negativas en el rendimiento escolar posterior (Bishop y Adams, 1990, 1992; Peralta, 2001). Estos resultados también se asocian al desarrollo del cociente intelectual:

Según los resultados de las investigaciones, los niños con retraso temprano del lenguaje presentaron, en evaluaciones posteriores, un Cociente intelectual bajo y dificultades en la lectura. El grado de riesgo está determinado por el tipo y severidad del trastorno, siendo el pronóstico más satisfactorio para los casos con problemas específicos del habla. El trastorno general del lenguaje es el que se considera como el de mayor valor predictivo. (Peralta y Narbona, 1991, p. 286)

Por todo ello, Conti-Ramsden y Botting (2000) y Archibald y Gathercole, (2006) recomiendan que el lugar más adecuado para la intervención en las dificultades más graves del habla o lenguaje serían las denominadas “*Language Unit*” o “*Units Resource*”: unidades de intervención lingüística que disponen de profesorado y terapeutas especializados en el habla y lenguaje y que, en general, tienden a estar integradas en el centro escolar.

Finalmente, resaltar que el área médica y la escolar son las dos vías preferentes de canalización de la demanda en las alteraciones del habla y lenguaje (Enderby et al., 2000). Por ello, se considera inexcusable la ampliación de estudios sobre la incidencia y prevalencia de las dificultades comunicativas – tanto orales como escritas - en las áreas de investigación e intervención. Destacar que, en

nuestro país, se han originado exclusivamente desde el área médico asistencial. En este sentido, Bishop et al. (1992) y Leonard (1998) muestran que el retraso en el desarrollo del habla y/o lenguaje es una de las razones más comunes que llevan a la familia de niños preescolares a buscar ayuda pediátrica en centros sanitarios. Igualmente Broomfield et al. (2004a) destacan el hecho de que específicamente son los pediatras, psicólogos, fisioterapeutas y autoridades educativas locales quienes más derivan a niños con dificultades en el lenguaje. En nuestro país, en investigaciones posteriores, se ve confirmado:

Las alteraciones en el desarrollo del lenguaje suponen un alto porcentaje de las consultas practicadas en un servicio de foniatría (en nuestra unidad ha significado un 16%) y, por supuesto, es la patología del desarrollo más elevada en población infantil. (Gorospe et al., 1991, p. 39)

La asociación entre el origen de la consulta y el diagnóstico era altamente significativa ($p > 0,001$)... En general, los asistentes sociales son quienes más derivan, seguidos de los profesores y de los padres. (Broomfield et al., 2004a, p. 312).

Una circunstancia importante que hemos observado en la presente tesis es que la demanda asistencial investigada recoge y aúna ambos campos de intervención: médica y educativa, ya que son los principales remitentes, junto a la iniciativa personal o familiar.

En este sentido, McLeod et al., (2007) han subrayado el hecho de que deberían compararse los datos aportados, tanto por los padres, como por los profesores, en la detección de las dificultades lingüísticas con la objetiva evaluación profesional, de cara a una adecuada atención y planificación de los servicios asistenciales para su reeducación. Es decir, es necesario estudiar el grado de coincidencia entre el motivo de consulta y el diagnóstico final:

Las futuras investigaciones en la prevalencia de los desórdenes de la comunicación podrían incluir comparaciones entre información del profesorado, de los padres y la valoración directa, utilizando definiciones similares desde cada método de recogida de datos. (McLeod et al., 2007, p. 55)

Igualmente, Broomfield et al. (2004a) resaltan la necesidad de estudios centrados, no tanto en la prevalencia, como en la incidencia de aquellos trastornos que son observados y detectados especialmente durante la etapa escolar.

La realidad científica en nuestro país es que no contamos con suficientes trabajos sobre prevalencia de las alteraciones en el habla, lenguaje y/o voz. Tan sólo encontramos los realizados por Bonet (1985), Peralta y Narbona (1991), Garrido et al., (1995) y Gorospe et al., (1995) en la población general. Lo mismo sucede entre la relación lenguaje oral y escrito, ya que no se han publicado estudios de prevalencia sobre el tema. Respecto a patologías específicas, Ruiz (2001) investiga la prevalencia de la tartamudez durante la escolarización obligatoria, destacándola como una de las patologías del habla más evidente y de mayor motivo de incomprensión social en la etapa escolar.

Respecto a estudios – en inglés o castellano - que aborden todas las edades sEn excepción, se observa la necesidad de analizar, no sólo las dificultades en el lenguaje oral y habla, sino también los porcentajes de aparición de las dificultades escritas no asociadas a otras patologías (de Andrade, 1997; Enderby et al., 2000; Petheram et al., 2001; Enderby et al., 2005; y Johnson, 2007). Igualmente, McLeod et al. (2007), en un estudio reciente destacan el hecho de que: *"Existen pocos estudios que hayan comparado la prevalencia de las alteraciones comunicativas con otras áreas de dificultades de aprendizaje"* (McLeod et al., 2007, p. 38)

1.4.- FUNDAMENTACIÓN SOCIAL

La alta presencia de dificultades en la comunicación conlleva un claro aumento en su demanda asistencial, especialmente a edades muy tempranas. Por ello, como ya se ha destacado anteriormente, deben crearse servicios específicos que recojan dicha pretensión y que además analicen el impacto entre las diversas patologías: *"Los trastornos del lenguaje son las patologías más frecuentes diagnosticadas en los servicios de logopedia y foniatría, llegando a ser un 16% del total atendido en nuestra unidad hospitalaria" (Málaga y cols, 2004, p. 81)*

Law et al. (1998, 2000), en su revisión bibliográfica, muestran datos contradictorios respecto al incremento de la demanda asistencial no encontrando: *"...evidencias que sugieran que hay un incremento real de casos durante los 30 años cubiertos por la revisión (1967-97)" (Law et al., 2000, p. 179)*

Estos investigadores sugieren que el número de casos atendidos en los servicios médicos asistenciales y los requeridos por otras vías - la escolar por ejemplo - no son coincidentes: *"la estimación de la prevalencia y la demanda realizada en los servicios asistenciales no son necesariamente equivalentes" (Law et al., 2000, p. 179)*

Este hecho hace necesario entonces la realización de estudios paralelos, y a largo plazo, para comprobar el desarrollo de la demanda y de su evolución, unificando ambos campos. Para ello Law et al. (2000) proponen que son los estudios longitudinales los que facilitan el mejor conocimiento de la demanda asistencial en patología lingüística mejorando, de este modo, los resultados sobre su prevalencia: *"sólo con un gran conocimiento de los estudios longitudinales de casos pueden estabilizar la prevalencia" (Law et al., 2000, p. 180).*

Teniendo presente que gran parte de la demanda se inicia a edades muy tempranas, es el entorno escolar donde se recoge de forma prioritaria:

Los estudios realizados sobre la prevalencia de esas patologías sugieren una tendencia creciente en los extremos, es decir, se estima que la edad preescolar está más expuesta a los desórdenes comunicativos (del 8 al 10% de esa población) (de Andrade, 1997, p. 497)

Así mismo, estos porcentajes aumentan claramente si en los estudios se recogen patologías lingüísticas derivadas de discapacidades como la auditiva, mental, motriz...: *"se duplican cuando son consideradas también las patologías de manifestación secundaria" (de Andrade, 1997, p. 49)*

La conducta lingüística se ve reflejada en todas las actividades de la vida, convirtiéndose en imprescindible para el establecimiento de relaciones con los demás, puesto que es el lenguaje quien nos permite establecer relaciones sociales: *"Las habilidades sociales son inseparables de las verbales" (Patchell et al., 1993, p. 3)*

Por eso, cualquier dificultad grave en la competencia comunicativa desde los primeros años de vida, mermará las oportunidades generales frente al resto de población sEn dificultades:

Un desorden permanente de la conducta lingüística limita potencialmente las oportunidades individuales personales, vocacionales y de relación social. Este problema no es exclusivamente individual, es también un problema de la sociedad. Los niveles bajos de educación y el desempleo son los resultados habituales de las alteraciones lingüísticas, el valor de la persona como recurso y su contribución social está desperdiciado. (Reed, 1986, p.229)

Es evidente que, con frecuencia, los trastornos de aprendizaje, el fracaso

escolar y las dificultades en la inserción social y laboral tienen su inicio en trastornos del desarrollo y, especialmente, dada su elevada incidencia, en los trastornos del desarrollo del lenguaje (Gorospe et al., 1997, p. 19)

Los niños con alteraciones del habla y del lenguaje son un alto riesgo para las dificultades de aprendizaje, y los jóvenes con dificultades de aprendizaje permanente (a edades de 12 y 19 años) presentan mayor riesgo de consumo alterado de sustancias tóxicas. (Beitchman, 2005, p.3)

Estas circunstancias de desventaja se hacen evidentes en el trabajo realizado por Ruben (2000), sobre los efectos de las alteraciones lingüísticas en la economía americana. Este autor acentúa el hecho de que existe una gran proporción de niños con alteraciones en el habla y en el lenguaje que pueden asociarse con resultados negativos a la larga a nivel individual, familiar o social: *"Las personas con alteraciones en la comunicación pueden presentar mayor desventaja económica que aquellos con menos dificultades severas"* (Ibíd., p. 241)

Claramente Ruben (2000) plantea algunas reflexiones que deberían ser tomadas en cuenta, por los diferentes órganos gubernamentales e instituciones públicas de salud y/o educativas:

1.- Hemos pasado de una sociedad que asentaba principalmente su trabajo en tareas manuales a las lingüísticas. En el siglo XXI la economía se mueve fundamentalmente desde la información lingüística

2.- La capacidad laboral de las personas se define, fundamentalmente, en términos de una competencia comunicativa eficaz

3.- Durante la mayor parte de la historia de la humanidad las alteraciones lingüísticas no han sido consideradas como enfermedad.

Este mismo autor destaca, por ejemplo, el hecho de que: *"Un parapléjico en*

silla de ruedas consigue mejor calidad de vida y bienestar social que quien no posee buenas habilidades comunicativas” (Ibíd., p. 241) o que “Las alteraciones de la comunicación – audición y habla – se asocian con un desempleo del 41.9% comparado con el 29.5% de la población trabajadora sEn dificultades de los Estados Unidos” (Ibíd., p. 243)

De hecho, se entiende que la persona se convierte en adulto cuando llega a una vida independiente, de pleno rendimiento y desarrollo sociopersonal. Este proceso de transición a la vida adulta debe facilitarse y programarse desde muy temprano potenciando todas sus capacidades e, igualmente, facilitando el acceso a la cultura con todos los medios que precise, en palabras de Jenaro (1997):

Se debe comenzar a planificar cuando el estudiante se encuentra en la escuela [siendo] posible distinguir una serie de barreras u obstáculos a superar, de modo que se potencie una transición con éxito. (Jenaro, 1997, p.77).

En este sentido, Law et al., en su estudio del 2007, tras revisar lo escrito y publicado sobre los fondos de ayudas a las alteraciones en la comunicación, sugieren que los gobiernos deben desarrollar medidas estadísticas y encuestas nacionales para atender mejor y con mayor eficacia las necesidades comunicativas de la población en general:

La escasez de claridad, relativa a la prevalencia de necesidades, es debida al fracaso gubernamental para incorporar revisiones nacionales y mecanismos estadísticos efectivos para recoger datos sobre el apoyo a las necesidades comunicativas. SCOPE recomienda que el gobierno apoye estas herramientas estadísticas para que puedan ser usadas para la investigación, designación y encargo de modelos apropiados de servicios de provisión (SCOPE, 2007, p. 42)

En nuestro país, Bonet en el año 1986 ya dejaba claro que:

Toda planificación se basa en unos parámetros de edad, sexo, distribución geográfica, recursos económicos, entre otros de la población atendida... El remedio de esta enfermedad endémica supone promocionar y estimular estudios serios de prevalencia y de incidencia en patología de la comunicación (Ibíd., p. 35)

Igualmente, Bonet (1986), en el primer estudio llevado a cabo en nuestro país, destaca el hecho de que el sistema administrativo se centra más en las ayudas a la discapacidad desde la dotación de pensiones, sEn más, en lugar de primar y dar prioridad a la rehabilitación: "...mejor sería primar las pensiones rehabilitadoras para favorecer así la reinserción del paciente al mundo laboral; todo redundaría en un ahorro para la administración" (Ibíd., p. 33)

En España se adolece de estudios longitudinales de personas con problemas lingüísticos o comunicativos que reflejen las repercusiones generales de éstas durante su ciclo vital.

1.5.- FUNDAMENTACIÓN HISTÓRICA

Las diversas alteraciones comunicativas y/o lingüísticas han generado diferentes campos científicos que se ocupan de su estudio y tratamiento. Entre otros, contamos con campos como la Medicina - con la creación la de Foniatría -, Pedagogía Terapéutica - especialidad en Logopedia, que llega a ser Diplomatura propia para, en la actualidad, ser Grado en Logopedia -, Psicología - Master en Psicología del Lenguaje -, Neuropsicología - con la rama de Afasiología - y Magisterio - especialidad en Audición y Lenguaje y, Educación Especial que actualmente se denomina Grado en Magisterio con laMención en Necesidades

educativas especiales – las cuales han apoyado la expansión e interés por la investigación e intervención en las alteraciones lingüísticas (Bonet, 1986).

Históricamente los estudios centrados en patología del lenguaje se inician de manera oficial en el año 1951 cuando: *“el Ministerio de Educación oferta los primeros cursos para profesores de colegios especiales de sordomudos”* (ANECA, 2004, p. 20).

En este momento surge en nuestro país la figura pionera y de mayor prestigio internacional: el Dr. Jorge Perelló y Gilbert quien inicia el ámbito académico oficial de la Foniatría publicando más de 100 libros y artículos – entre los que destaca el *“Diccionario de Logopedia, Foniatría y Audiología”* traducido al español, catalán, inglés, francés, alemán e italiano-.

Con posterioridad, en 1960 se origina la asociación profesional de mayor prestigio nacional: la *Asociación Española de Logopedia, Foniatría y Audiología (AELFA)* para la difusión y promoción científica de los conocimientos en estas materias.

Surge entonces, a partir de los años 80, la necesidad de recoger de forma oficial e institucionalizada la formación académica y laboral de profesionales cualificados, como respuesta a una demanda social poco atendida y sEn canalizar. Es precisamente en nuestro entorno más cercano donde se produce la contestación, tanto en la enseñanza de los contenidos más actuales, como en el propio campo de la intervención asistencial clínica y también educativa:

“No es hasta 1979 cuando, ante la necesidad de ofrecer una mayor formación, la Universidad Pontificia de Salamanca, de carácter privado, crea dos Escuelas superiores: la de Logopedia y la de Psicología del Lenguaje, ofertando la especialidad de “Psicología del Lenguaje y Logopedia” de tres años de duración para graduados en Pedagogía y Psicología” (ANECA, 2004, p. 18)

Progresivamente, irán surgiendo formaciones específicas como la de Médico Especialista en Foniatría en la Universidad de Salamanca (1988), la rama de Magisterio Especialista en Audición y Lenguaje (1991) siendo, finalmente, en 1992 cuando se implanta ya, como reconocimiento universitario oficial, la titulación de Logopedia como Diplomatura mediante Real Decreto 1419/1991 de 30 de agosto (BOE de 10 de octubre de 1991), cuando se establecen dichos estudios en diferentes universidades públicas españolas para una respuesta adecuada a la necesidad de preparar profesionales capacitados (ANECA, 2004).

SEn embargo, quien desde la psicología y ciencias afines al campo de las habilidades lingüísticas, investigue en nuestro país sobre esta materia se encontrará ante un *"desierto de datos"*, en torno a la prevalencia e incidencia de las diferentes alteraciones lingüísticas en la población. Tal vez sea debido a: *"la sequía estadística en materia de discapacidad que ha sufrido España en los últimos quince años"* (Jiménez y Huete., 2003, p. 10).

Dicha "sequía estadística" puede estar relacionada con la escasez de casos para su estudio. En este sentido, el centro asistencial de las Escuelas de Logopedia y Psicología del Lenguaje (actualmente Diplomatura en Logopedia) con más de 25 años de existencia ofrecía la posibilidad de realizar un macroestudio específico en las diversas patologías debido al gran número de historiales guardados en sus archivos.

1.6.- FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICO- ACADÉMICA

Si hay demanda de atención deben crearse servicios que la recojan; esta debe ser una de las premisas fundamentales en el marco de una adecuada asistencia social a la población. Por tanto, deben existir centros universitarios que formen a profesionales cualificados en este campo para dar solución a dicha necesidad social (Gorospe et al., 1997). Esta misma idea se refleja también en el

hecho de que: *"es preciso que los profesionales especialistas en Audición y Lenguaje, conozcan las manifestaciones de las distintas patologías, así como las estrategias necesarias para la prevención y detección de las mismas"*. (Vázquez, 2004, p. 68)

De la misma forma, Bishop et al. y Leonard (2000) destacan la necesidad de generar información actualizada y rigurosa acerca del tratamiento de las dificultades lingüísticas para los no académicos, que deben ser guiadas por expertos científicos en el tema. En este sentido, Petheram et al. (2001) precisan que se necesitan cambios y mejoras en el proceso de formación de los terapeutas del habla y del lenguaje, para poder aunar las diferentes definiciones utilizadas a lo largo de las investigaciones, consolidando así una mejor calidad y registro de los servicios asistenciales: *"Podría parecer que la casuística de la terapéutica del habla y del lenguaje ha cambiado y esto podría afectar tanto a los servicios de planificación como al proceso de formación"* (Petheram et al., 2001, p. 525)

Tal vez, al igual que existe en el campo de la medicina, se debe fomentar investigaciones de prevalencia, puesto que son los estudios que aportan mayor número de hipótesis epidemiológicas para intervenir en importantes problemas de salud. El conocimiento científico y la experiencia clínica aunadas son los que mejor pueden guiar el camino de la investigación con objetivos rigurosos y claramente planificados. En palabras de Jiménez et al. (2003), los estudios epidemiológicos en patología lingüística, del habla y/o voz permiten: *"Abrir cauces para facilitar e impulsar la explotación de toda esta información, de manera que pueden extraerse de ella evidencias empíricas que resulten útiles para la formulación de políticas relativas a la discapacidad"* (Jiménez et al., 2003, p. 10)

Además, la profundización en el conocimiento riguroso de las alteraciones lingüísticas, apoyada desde el ámbito científico-académico, ampliaría la perspectiva médico psiquiátrica donde se engloban gran número de investigaciones centradas en la patología del habla y del lenguaje donde se tratan, generalmente, como síntoma asociado.

Entendido como resultado de lo expuesto hasta ahora, este nivel debe recogerse en estudios científicos rigurosos para crear hipótesis de trabajo y desarrollar nuevas líneas de investigación, que ofrezcan solución a los problemas planteados en la persona con discapacidad lingüística. Desgraciadamente, no todos los estudios realizados han sido así según comentan Law et al. (2000). En este sentido, en palabras de Aron y Aron (2001): *"Los métodos cuantitativos y cualitativos pueden y deben complementarse. Primero deberíamos descubrir las categorías importantes a través de un enfoque cualitativo, y luego determinar su incidencia en una población mayor a través de métodos cuantitativos"* (p. 60)

1.7.- FUNDAMENTACIÓN PREVENTIVA

Se convierte en una de las tareas fundamentales para todo profesional que se acerque al tema, tanto desde el campo de la intervención, como de la investigación (Antoniadis et al., 1997). La epidemiología, como herramienta estadística sirve además, según mencionados autores, para la evaluación del extenso porcentaje de factores asociados a las alteraciones lingüísticas, junto al grado de presencia o agravamiento evitando, de este modo, que surjan en poblaciones de riesgo.

Los primeros estudios que identifican los factores de riesgo asociados a las dificultades en la competencia lingüística - para su predicción e identificación temprana - muestran que son los antecedentes familiares de retrasos del habla y/o lenguaje, el género masculino y los factores previos al nacimiento del niño (tabaquismo, amamantamiento...) los más fuertemente vinculados. Igualmente se identifican como factores de riesgo el bajo nivel cultural de los progenitores - especialmente maternal -, las enfermedades infantiles, el orden de nacimiento y el tamaño familiar (Lubker, 1997; TomblEn et al., 1997; Campbell et al., 2003;

Nelson et al., 2006). En este sentido, para Tomblin et al. (1997): *"La mayoría de los factores de riesgo significativos tienen que ver con antecedentes parentales, particularmente con los severos problemas de aprendizaje y niveles educativos reducidos, así como hábitos parentales no saludables relacionados con el abuso del tabaco durante la lactancia"* (Tomblin et al., p. 335-336) e, igualmente, para Campbell et al. (2003): *"El bajo nivel educativo maternal, el sexo masculino y antecedentes familiares; un niño con estos tres factores tiene 7.71 veces más de presentar retrasos de habla que un niño en ningún de ellos"* (Ibíd., p.356)

Otra línea de investigación es la que está orientada hacia el área de la prevención, como resultado de los estudios sobre la relación entre el desarrollo lingüístico y sus repercusiones en el desarrollo global del niño: *"Los estudios nacionales e igualmente internacionales - después de 1985, se reducen significativamente las publicaciones americanas sobre estadísticas epidemiológicas de los desórdenes comunicativos, pasando a hacer énfasis en los programas preventivos-"* (de Andrade, 1997, p. 497). Esta idea también es recogida por Antoniadis et al. (1997):

Un objetivo de este estudio es el cambio de roles de los patólogos del habla y del lenguaje y de los audiólogos, que asumen la posición de preguntar cuestiones correspondientes a los factores determinantes (factores y causa de riesgo), y la distribución de las alteraciones para ser prevenidas. Nuestra aportación es que la "nueva" y "vieja" teoría epidemiológica, investigación y práctica deben combinarse para reforzar los esfuerzos en la prevención. (Ibíd., p. 270)

Igualmente, las secuelas psicológicas generadas y/o relacionadas con las dificultades en la competencia comunicativa surgen como otro campo asociado a la prevención. Autores como Bryan (2004), y O Busary y Weggelaar (2004) coinciden en destacar la importancia de la detección precoz e intervención temprana de los

trastornos lingüísticos, como medida preventiva, implicando además cualquier ámbito disciplinar – médico o educativo - relacionado directa o indirectamente con el niño, tal y como recogen Beitchman et al. (2001): *"Los datos apoyan la urgente necesidad de la temprana identificación de las dificultades lingüísticas junto al desarrollo y conservación de tratamientos eficientes que tengan en cuenta los múltiples adversidades presentadas por estos niños de riesgo"* (Ibíd., p. 81). O bien, en palabras de O Busary et al. (2004): *"los retrasos del desarrollo del habla y del lenguaje en los niños deben ser detectados tan pronto como sea posible, para garantizar un óptimo tratamiento y prevenir problemas psiquiátricos posteriores en su vida..."* (Ibíd., p. 275)

Este línea de investigación se debería ampliar también a niños que presentan conjuntamente dificultades lingüísticas, problemas de conducta y/o de interacción social para prevenir en ellos no sólo el desarrollo de problemas de salud mental sino, posiblemente, el inicio de actividades delictivas (Beitchman et al., 2001; Bryan, 2004): *"Además, la terapia de intervención en el habla y lenguaje ha mostrado remediar las dificultades y contribuir a que el joven delincuente pueda reinsertarse con una educación y entrenamiento propuesta por los servicios de la prisión"* (Bryan, 2004, p. 392)

En este sentido, Enderby et al. (2000) recomiendan la presencia de 20 a 26 terapeutas especializados en las alteraciones lingüísticas por cada 100.000 habitantes para un adecuado servicio asistencial a la población, tanto global como de riesgo.

Finalmente, se proponen los pasos recomendados por Antoniadis et al., (1997) para el tratamiento de las dificultades lingüísticas. Según dichos autores, se deberían seguir pautas de prevención antes que de rehabilitación de tal forma que, si se estudian previamente los factores de riesgo a los que está sometida la población general y se abordan adecuadamente, será más fácil que las dificultades no lleguen a surgir. De esta forma, lo recomendable sería centrarse más en la identificación y prevención de los factores de riesgo, que en la propia rehabilitación

de las dificultades sEn más, una vez que éstas han aparecido. Para ello, proponen un programa de actuación denominado “*Modelo Preceder-Proceder*” centrado en la prevención dentro de la propia población general donde se interviene antes que surja el problema. Modelo que, para Antoniadis et al. (1997), debería plantarse al igual que ya se hace desde el ámbito de la intervención médica:

Usando este modelo, los clínicos pueden sistemáticamente planificar, ejecutar y evaluar los éxitos de un programa de prevención. La aplicación del modelo PRECEDER-PROCEDER podría entonces modificarse para usar un plan de prevención en la edad adulta. (Antoniadis et al., 1997, p. 280)

No obstante, se considera que dicho plan de actuación debería ampliarse también a la población infantil. Este modelo (ver tabla 1) se asienta fundamentalmente en los siguientes pasos:

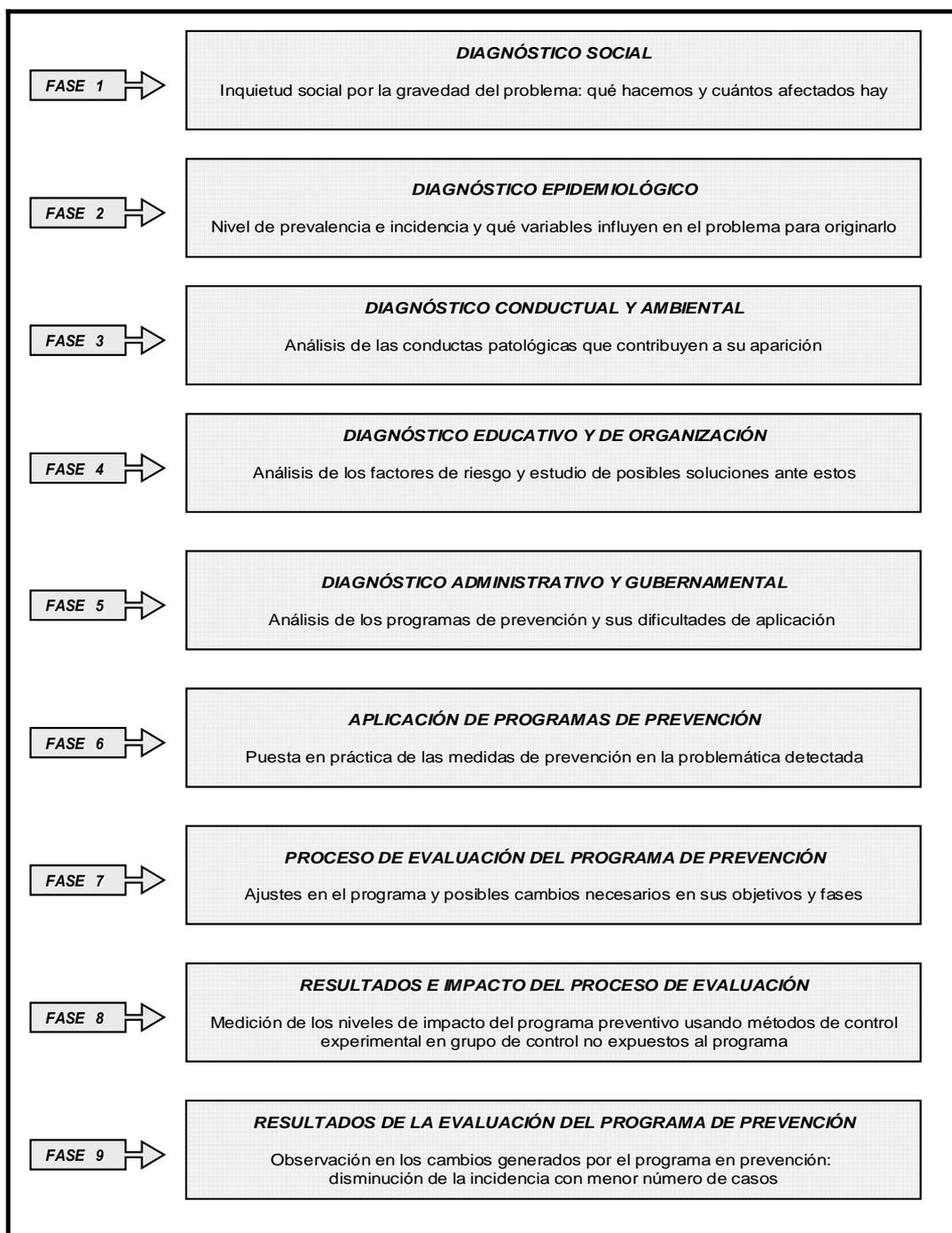
1º apartado (Fase 1 y 2): comprende el estudio epidemiológico de la casuística e inquietud social generada por la problemática comunicativa (lenguaje, habla y/o voz)

2º apartado (Fase 3 y 4): análisis de los factores y conductas de riesgo que generan estas dificultades comunicativas o que bien se derivan de ellas.

3º apartado (Fase 5, 6 y 7): aplicación, seguimiento y evaluación de resultados de los programas de prevención con ayuda y apoyo administrativo

4º apartado (Fase 8 y 9): análisis de los resultados e impacto de los programas de prevención aplicados a la patología comunicativa

Tabla 1. Modelo Preceder - Proceder en prevención. Antoniadis et al., (1997)



En general, la detección precoz de las dificultades lingüísticas orales puede prevenir agravamientos posteriores en éste (Lubker y Moscicki, 1993; Antoniadis et al., 1997); prevenir las secuelas negativas en el escrito (Miranda, 1990; Bishop et al. y Adams, 1992; Mayor, 1993, 1994; Patchell et al., 1993; Domínguez, 1999), en el socioambiental (Bryan, 2004), en enfermedades físicas crónica (Lubker, Bernier y Vizoso, 1999) y/o en el ámbito de la enfermedad psiquiátrica (Beitchman et al., 2001; Beitchman, 2005):

Los retrasos expresivos del lenguaje son problemas que parecen estar asociados con pobre competencia social y escasas habilidades de atención. Dado que semejantes problemas pueden ser factores de riesgo para problemas sociales y emocionales y posteriores dificultades de aprendizaje, su identificación temprana es crítica. (Horwitz et al., 2003, p. 939)

Por tanto, para finalizar, se resalta la idea de que aunque los estudios de prevalencia son un campo donde todavía queda mucho por investigar, no contamos con abundante literatura científica el tema. McLeod et al. destacan, en su estudio del año 2007, que: *"Existen pocos estudios que comparen la prevalencia de los trastornos de la comunicación con otras áreas de necesidades educativas de aprendizaje"* (Ibíd, p. 38) y que *"Las investigaciones futuras también deberían incluir un desglose de la prevalencia de los diferentes tipos de alteraciones comunicativas"* (Ibíd, p. 55)

El objetivo por tanto de la presente Tesis Doctoral se centra fundamentalmente en el análisis de la demanda asistencial en torno a las diferentes dificultades comunicativas atendidas en las Escuelas de Logopedia y Psicología del Lenguaje de la Universidad Pontificia de Salamanca, desde su creación en 1981 hasta el origen de la actual Diplomatura Oficial de Logopedia en 1994.

Igualmente, el presente trabajo doctoral se justifica desde dos áreas mencionadas previamente:

a) *ÁREA CLÍNICA:*

El análisis de la demanda en patología del lenguaje, habla y voz, durante los 13 años de asistencia conjunta de Logopedia y Psicología del Lenguaje. Por un lado, no existían centros específicos que abordasen la patología completa sEn límite de edad y, por otro, por ser el periodo de mayor número de consultas y de historias clínicas

b) *ÁREA EDUCATIVA:*

Las dificultades en el aprendizaje del lenguaje escrito se registran como categoría independiente pues, en los trabajos previos de prevalencia, se abordan como problema secundario al lenguaje oral o, se focalizan fundamentalmente en éste desde el ámbito clínico por lo que el lenguaje escrito no se analiza. En la unidad asistencial de la UPSA, la orientación era tanto clínica como educativa por lo que se diagnosticaban y trataban de forma independiente.

Finalmente, y a nuestro modo de ver, las diferentes perspectivas presentadas a lo largo del capítulo fundamentan la realización de la presente tesis doctoral avalando, igualmente, los diversos campos de investigación sobre los que pueden proyectarse sus conclusiones.

CAPÍTULO II

DEFINICIÓN DEL ÁMBITO DE ESTUDIO

CAPÍTULO II.- DEFINICIÓN DEL ÁMBITO DE ESTUDIO: PATOLOGÍAS DE LA COMUNICACIÓN

2.1.- DEFINICIÓN

2.1.1.- Diversidad Terminológica

2.1.2.- Modelos de Referencia

- A. Modelo Médico-Clínico*
- B. Modelo Psicolingüístico*
- C. Modelo Neuropsicolingüístico*
- D. Modelo Integrativo*
- E. Modelo Educativo*

2.2.- CLASIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS DEL DESARROLLO DEL HABLA Y DEL LENGUAJE

2.3.- TRASTORNOS ESPECÍFICOS DEL DESARROLLO DEL LENGUAJE

2.3.1.- Clasificación de los trastornos específicos del lenguaje

- A. Clasificación según criterio tipológico*
- B. Clasificación según criterio psicométrico*
- C. Clasificación Clínica-Psicométrica*

2.4.- TRASTORNOS SECUNDARIOS DEL LENGUAJE ORAL

2.4.1.- Retrasos del Lenguaje Secundarios a la Discapacidad Intelectual

2.4.2.- *Retrasos del Lenguaje Secundarios a la Discapacidad Auditiva*

2.4.3.- *Retrasos Del Lenguaje Secundarios a la Discapacidad Motriz*

2.5.- *TRASTORNOS ASOCIADOS AL DESARROLLO DEL LENGUAJE ORAL*

2.5.1.- *Trastornos Generalizado del Desarrollo: Autismo, Síndrome de Rett y Trastorno de Asperger*

2.5.2.- *Déficit de Atención e Hiperactividad*

2.5.3.- *Trastornos Emocionales (Mutismo Selectivo)*

2.6.- *TRASTORNOS DEL HABLA*

2.6.1.- *Dislalias*

2.6.2.- *Disartrias*

2.6.3.- *Dispraxias/Apraxia*

2.6.4.- *Disglosias*

2.6.5.- *Tartamudez*

2.7.- *TRASTORNOS DEL LENGUAJE YA ADQUIRIDO: AFASIAS*

2.7.1.- *Afasia Motora o de Broca*

2.7.2.- *Afasia Sensorial o de Wernicke*

2.7.3.- *Afasia Global*

2.7.4.- *Afasia Mixta*

2.7.5.- *Afasia De Conducción*

2.7.6.- *Afasia Anómica*

2.7.7.- *Afasia Transcortical*

2.7.8.- *Afasia Infantil*

2.8- *ALTERACIONES DE VOZ: DISFONÍAS*

2.8.1- Disfonías Funcionales

2.8.2 Disfonías Orgánicas

2.8.3 Disfonías Psicógenas

2.9- DIFICULTADES EN EL APRENDIZAJE DEL LENGUAJE ESCRITO

2.9.1.- Dificultades en al aprendizaje de la lectura

2.9.2.- Dificultades en al aprendizaje de la escritura

2.9.3.- Dificultades en al aprendizaje deL cálculo

En este capítulo se revisa el contexto científico sobre el que se centra la presente tesis, con el fin de explicar la diversidad de aspectos relacionados con la patología del lenguaje, habla y voz en sus diferentes manifestaciones clínicas, así como, los distintos modelos de explicación e intervención que los han abordado. Esta revisión también nos permitirá fundamentar, más adelante, la metodología de estudio elegida para el análisis de datos de la muestra de estudio.

2.1. DEFINICIÓN

2.1.1.- DIVERSIDAD TERMINOLÓGICA

Encontrar un único término para definir y clasificar los trastornos del lenguaje, habla y voz ofrece una gran dificultad puesto que la manifestación sintomatológica de estas patologías muestra gran variabilidad, dependiendo de los propios sujetos que los sufren y de la edad en que aparecen. SEn embargo, esta labor resulta indispensable para facilitar el ejercicio clínico e investigador. Existe, por tanto, una gran diversidad de conceptos para definir una misma patología sEn encontrar un término común para designarlo (Perelló, Guixa, Leal y Vendrel, 1984; Crystal, 1989; Gorospe et al., 1997; Lubker, 1997; Aguilar y Serra, 2003).

Crystal (1989) reúne varios términos usados para nombrar las diferentes anomalías lingüísticas en la comunidad científica "...desorden, desventaja, trastorno, deprivación, disfunción, defecto, alteración, distorsión, dificultad..." (Ibíd., p.21) resaltando el hecho de que etiquetar un trastorno no es explicarlo. Dicho autor sugiere, finalmente, que el término más neutral es "*dificultad*". En este sentido, y dentro de nuestro ámbito científico, Mayor (1994) coincide con Crystal al

emplear el término "dificultad" para referirse a la patología comunicativa general porque:

Ofrece, entre otras ventajas, la de ser suficientemente neutral como para poder ser utilizado de modo genérico (...). En la actualidad, las dificultades del lenguaje, contempladas desde el ámbito educativo, pueden ser definidas en términos de necesidades educativas. (Mayor, 1994, p. 348)

Puyuelo (2003) desde un ámbito más actual, destaca que la terminología de mayor uso entre los patólogos del lenguaje serían: "... *alteraciones del lenguaje, retrasos del lenguaje, déficit del lenguaje y alteración específica del lenguaje...*" (Ibíd., 2003, p. 102). No obstante, Peña (2004) prefiere aunar todas las expresiones para referirse a las alteraciones en la comunicación oral bajo en un único término: "*Patología del Lenguaje*".

La explicación a esta diversidad terminológica es aportada por Crystal en 1989 quien sugiere que la causa podría encontrarse, entre otras, en las razones que se exponen a continuación:

A) La propia naturaleza lingüística que no puede ser considerada como una entidad homogénea y cuya sintomatología patológica puede presentar múltiples formas

Perelló et al. (1984), pionero en los estudios lingüísticos en nuestro país, argumenta que dicha profusión nosológica es debida a que los distintos autores no coinciden en la terminología, porque tampoco encuentran un acuerdo unánime en su caracterización sintomatológica. Es decir, no existe acuerdo terminológico para un mismo trastorno, porque tampoco existe consenso para la

descripción de la semiología que lo define como tal. Esta dificultad también es remarcada con posterioridad por Gorospe et al. (1997) *"Una ciencia tan nueva como la nuestra tiene todavía dificultades para calificar cuadros nosológicos y para poner de acuerdo a los profesionales que trabajamos en esta patología"* (Ibíd., p.48)

B) El modelo de referencia que sirve como patrón de investigación (médico, lingüístico, psicológico, sociológico...)

Mayor (1994) explica esta diversidad terminológica desde la diversidad de planteamientos sociológicos, académicos y profesionales derivados de *"un claro reflejo de intereses que caracteriza al ámbito que nos ocupa"* (Ibíd., p.348). Este mismo punto de vista también es compartido por Law et al. (2000) quienes manifiestan que los diferentes ámbitos de estudio *"utilizan diferentes caminos para definir la población descrita... algunos criterios designados son específicos para cada modelo"* (Ibíd., p. 167).

En este mismo sentido, Johnson y Beitchman (2006) encuentran diferencias entre los criterios clínicos y de investigación, para definir las alteraciones del habla y del lenguaje basándose en los aportados por la OMS (1994) y la APA (American Psychiatric Association, 2000).

Por tanto, esta profusión terminológica y la variedad de campos de conocimiento implicados en su estudio se convierten en una de las pruebas más evidentes de la complejidad que caracteriza al tema de estudio que nos ocupa.

Tal y como se mencionaba anteriormente, contamos con múltiples modelos de investigación para abordar el estudio de la patología del habla, el lenguaje y la audición procedentes de las diferentes ramas de conocimiento tal y como se observa en la tabla 3 (Shames y Wiig, 1990, p.10).

Tabla 2. Ramas de conocimiento que intervienen en el lenguaje (Shames y Wiig, 1990)

Patología del habla y del lenguaje	Audiología
Psicología Social	Psicología Clínica
Semántica	Cibernética
Psicofísica	Psiquiatría
Teatro, Oratoria, Arte dramático	Psicología educativa
Fonética	Epistemología (Metodología científica)
Otorrinolaringología	Terapia familiar
Neuropsicología	Teoría general de sistemas
Neurofisiología	Psicología individual
Ingeniería instrumental	Lingüística

Ruiz de Larrea (2004) no obstante, resume los campos científicos más destacados en el estudio del lenguaje, habla y audición: "...*psicología, lingüística, anatomía, fisiología, neurología, psiquiatría, foniatría y logopedia...*" (Ibíd., 2004, p. 67) destacando, igualmente, la recomendación de la O.M.S. sobre las disciplinas y equipos multidisciplinares que deben ocuparse del estudio de la comunicación y del lenguaje: "... *formados por foniatras, psicólogos, logopedas y audiólogos centrados en la investigación e intervención de la patología lingüística.*" (Ibíd., 2004, p. 67) reduciendo con ello, notablemente, los diversos campos de investigación.

2.1.2.- MODELOS DE REFERENCIA

Tomando en cuenta lo anteriormente expuesto, cabe plantearse cuáles serían entonces las repercusiones de tal miscelánea de campos de estudio a la hora de definir la patología lingüística. La respuesta es que existen múltiples y variadas

definiciones según el modelo de referencia que se tome, como punto de partida, para abordar el tema (Ingram, 1971; Launay, 1979; Perelló et al., 1984; Rapín y Allen, 1987; Lahey, 1988; Bashir, 1989; Ahmed et al. 2001; Puyuelo, 2003; Aguado, 2004; Meyer, 2004; Peña, 2004).

A continuación se exponen los modelos teóricos más destacables que sirven de referencia en la definición de la patología lingüística:

A) MODELO MÉDICO-CLÍNICO:

Centrado fundamentalmente en la clasificación y análisis de los trastornos lingüísticos y que siguen vigentes en la actualidad tales como los criterios diagnósticos del DSM-IV (2008) y el CIE-10, entre otras nosologías.

Crystal (1989), en su estudio de la patología lingüística ofrece una doble perspectiva desde este modelo que influye, tanto en la labor diagnosticadora como terapéutica y, como no, en las propuestas en torno a la definición y clasificación de las alteraciones lingüísticas:

1. *Perspectiva correspondiente al denominado "Modelo médico"*

Su objetivo fundamental es el análisis de las causas que originan los trastornos lingüísticos, es decir, su etiología. En este sentido, el objetivo principal es la diferenciación entre las diversas patologías para definir las en base al diagnóstico clínico. Es, según Crystal (1989), *"El más antiguo y respetado de los dos. El patólogo del lenguaje debe estar totalmente familiarizado con las principales ideas de este enfoque"* (Ibíd., p. 37).

2. *Perspectiva correspondiente al denominado "Modelo conductual"*

Surge como tarea complementaria al diagnóstico. Describe las diferentes manifestaciones sintomatológicas de una

patología - semiología -, y con ello, adecuar el tratamiento más acertado para esa conducta lingüística desviada de la normalidad. En palabras de Crystal (1989): *"Describir en detalle las características del habla anormal del paciente (...) para hacer predicciones de la futura conducta lingüística... y del modo en que es más probable que responda a unas líneas concretas del tratamiento"* (Ibíd., p. 36)

Ambos planteamientos, según este autor, *"no están normalmente en conflicto sino que se complementan mutuamente"* (Ibíd., p. 39).

En general, el modelo médico es el más utilizado en los criterios diagnósticos y descriptivos de la patología - se nos explica cuál es el origen y dificultad del habla o lenguaje patológico de un niño, su etiología - mientras que el modelo conductual para la intervención terapéutica - cómo debemos tratar terapéuticamente dicha dificultad para solucionarla -, ambos planteamientos quedan aunados por tanto en este modelo médico-clínico tal y como lo plantea Crystal en 1989.

Desde este enfoque, debemos tener presente que, cualquier definición debe describir las habilidades lingüísticas específicas que se ven alteradas. Por tanto, se analizan cuáles serían las competencias lingüísticas y/o comunicativas que pueden verse influenciadas.

El campo de estudio, se centra entonces, en lo que se entiende por *"Procesos Lingüísticos"* o lo que Crystal, en 1989, describe como la capacidad de comprender y expresar mensajes a través de un código auditivo-verbal y que siempre son de obligado análisis, cuando se trata de estudios sobre el desarrollo evolutivo patológico en el niño.

Según este autor, para que el lenguaje se desarrolle, es condición necesaria que exista, previamente, algún tipo de input verbal - el niño necesita entender previamente las estructuras que utilizará para hablar -. Así, cualquier alteración estudiada deberá centrarse previamente en los aspectos de recepción o comprensión - lo que el niño entiende - o en los aspectos de producción o

expresión – lo que el niño habla – y, a su vez, en las distintas dimensiones del lenguaje referidas a la forma, uso y contenido descritas por Bloom y Lahey en 1978, y que se encuadran dentro del modelo evolutivo que analiza el desarrollo lingüístico.

Para Crystal (1989) esta doble ubicación - médica y conductual -, debe ser tenida en cuenta con gran precisión por cualquier profesional que aborde el trabajo terapéutico en el lenguaje.

B) MODELO PSICOLINGÜÍSTICO

En este modelo con trasfondo evolutivo, se encuentran, entre otras, la definición aportada por Lahey (1988) quien plantea el término de "*Alteración del Lenguaje*" para describir a un grupo diverso de niños cuyo nivel lingüístico es *cualitativa y cuantitativamente* diferente a los de su misma edad dando a entender que existen diversas formas y grados en la patología lingüística.

Crystal (1989) menciona que la perspectiva evolutiva debe ser tenida igualmente en cuenta junto a las anteriores, puesto que ofrece una descripción más dinámica en cuanto al desarrollo de las dificultades lingüísticas. Nos encontramos entonces que, - según este autor - etiología, desarrollo evolutivo y semiología van de la mano en cualquier definición que se estime precisa y completa para estos trastornos. Esta unión de criterios (clínico, evolutivo y conductual) determinan definiciones más precisas al reflejar el origen, la descripción sintomática, momento de aparición y seguimiento de los patrones comunicativos.

Igualmente, encuadrado dentro del modelo evolutivo, se encuentra la definición aportadas por Bashir en 1989, quien entiende la alteración del lenguaje como un término para referirse a diferentes variaciones patológicas - tanto en su adquisición como en el desarrollo - que pueden afectar a la comprensión, producción y uso del lenguaje, y pudiendo persistir a lo largo de toda la vida

aunque sus síntomas patológicos se modifiquen con el tiempo debido a factores terapéuticos. Bashir (1989) amplía y combina los contenidos de la definición incluyendo los aspectos evolutivos, topográficos y terapéuticos de sus manifestaciones clínicas.

Desde el análisis estructural lingüístico planteado por Bloom et al. (1978), se puede comprender con mayor claridad cada una de las dimensiones y sus correspondientes componentes lingüísticos, teniendo presente que son estructuras interdependientes observadas, tanto en el proceso de comprensión, como en el proceso de expresión, y que se trata de un constructo artificial para facilitar la conceptualización y descripción, desde sus correspondencias entre dimensiones y componentes que se describen a continuación (ver figura 1):

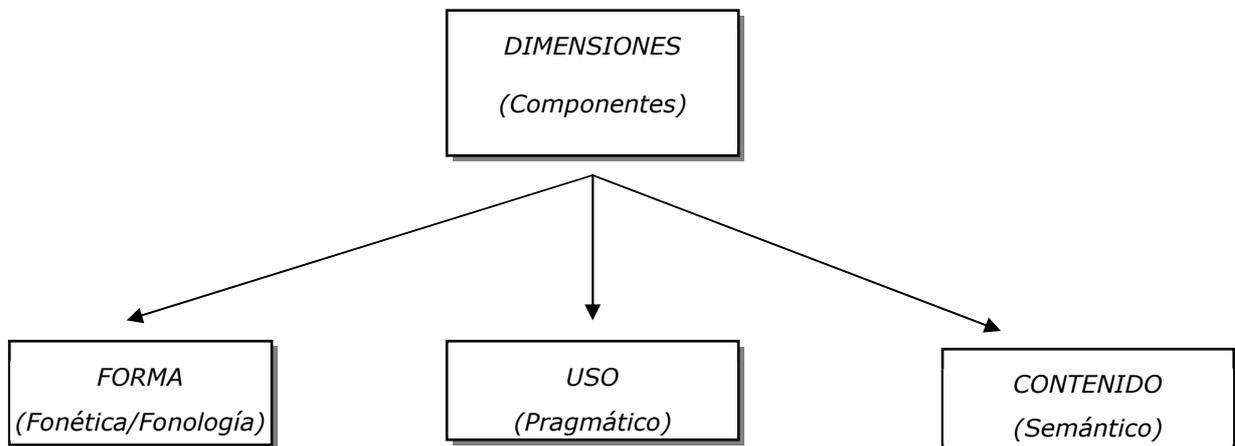
- a) **La "Dimensión de la Forma"** en el lenguaje se refiere a cómo estructuramos lingüísticamente las ideas que expresamos de manera hablada. Regula las normas de uso del código lingüístico. Esta dimensión se subdivide en estructuras más simples que se denominan como *Componentes Fonético-Fonológico* – los sonidos del habla o fonemas - y *Componente Morfosintáctico* – elaboración sintáctica de la frase y la coordinación de sus respectivos elementos –.

- b) **La "Dimensión del Contenido"** estudia los términos lingüísticos empleados para referirnos a entidades concretas, abstractas, imaginarias... Categoriza el mundo en base a significados de palabras y frases. Se centra, por tanto, en los significados de lo que decimos: qué contamos. Equivaldría al *Componente Semántico*

- c) **La "Dimensión del Uso"** determina la funcionalidad y el sentido del mensaje verbal. Para qué decimos lo que decimos y cómo adecua su conducta lingüística sobre el contexto e interlocutores donde se emplea.

Correspondería al *Componente Pragmático* (Morris, 1938), citado por Schiefelbusch (1986)

Figura 1.- Estructura formal del lenguaje (Morris 1938; Bloom et al., 1978)



La combinación de estas estructuras revierte en diferentes criterios nosológicos para la delimitación y categorización de las dificultades lingüísticas. Las definiciones más actuales y utilizadas en relación a las alteraciones del lenguaje se asientan, ya no sólo en los aspectos etiológicos, psicolingüístico y evolutivo, sino que las descripciones de dichas orientaciones se realizan partiendo de los componentes y dimensiones afectadas en el lenguaje.

No obstante, se debe tener en cuenta que un buen desarrollo lingüístico requiere, no sólo adquirir una buena "*competencia gramatical o lingüística*", asentada en las dimensiones anteriormente citadas, sino también de una adecuada "*competencia comunicativa*" que integrarían tanto los aspectos lingüísticos como no lingüísticos. Dicho de otro modo, además de la adquisición de sus bases también es preciso saber aplicarlas en los diferentes contextos donde nos relacionamos (Acosta, Moreno, Ramos, Quintana y Espiro, 1996; Gorospe et al., 1997).

En palabras de Mayor (1994) se deben conocer los usos del lenguaje pero también cuándo y cómo utilizarlos y esto se realiza de forma progresiva:

Una vez que el niño descubre que sus intenciones pueden ser "traducidas" mediante el lenguaje, irá diversificando los usos de éste en su comunicación social, a medida que aprenda a ajustar la expresión de sus intenciones a los diferentes contextos (Mayor, 1994, p. 331).

Siguiendo la perspectiva psicolingüística, Puyuelo (2003) define, para la práctica clínica, los problemas lingüísticos desde su descripción sintomatológica diferenciando entre "*Retraso, Alteración y lenguaje diferente*" (Ibíd., p. 102-103) tal y como se expone a continuación:

- "**Retrasos del lenguaje**": aquellas disfunciones cuya característica principal sería "*la adquisición más lenta de las competencias normales del lenguaje en relación a lo esperado para niños de su edad cronológica*". Se trataría de patrones retrasados respecto a niños de su edad
- "**Alteraciones del lenguaje**": adquisición más tardía y que "*generalmente incluyen conductas lingüísticas que no se consideran parte del desarrollo normal del lenguaje*". Se podrían considerar entonces como patrones retrasados y, además, alterados en su adquisición aunque siguen el curso evolutivo del resto de niños.
- "**Lenguaje diferente**": cuando la manifestación lingüística del niño "*difiere del desarrollo normal en la secuencia en la que los aspectos del lenguaje son aprendidos y del nivel de aprendizaje*". Hablaríamos entonces de un patrón de lenguaje retrasado, alterado y con un orden y grado de adquisición anómala – diferente al de los demás niños - .

Finalmente, desde este planteamiento psicolingüístico y evolutivo, Aguado (2004) describe los retrasos del lenguaje como:

"La no aparición de éste a una edad en que normalmente se presenta. Esta falta de desarrollo también se extiende a la permanencia de patrones

lingüísticos que caracterizarían mas bien a niños de menos edad más allá de lo normal" (Ibíd., p. 239)

C) MODELO NEUROPSICOLINGÜÍSTICO (MNPL)

Desde esta perspectiva, se describe la organización del lenguaje y sus dificultades en base a las vertientes comprensivas y expresivas según tres niveles Chevrie-Muller y Narbona (2001):

1.- Nivel Primario o Sensoriomotor: relacionado con el input lingüístico o proceso de recepción.

2.- Nivel Secundario: o de organización gnósica (procesamiento cognitivo de la información) y práxica (elaboración neuromotriz de la información).

3.- Nivel Terciario: operaciones psicolingüísticas que incluye los diferentes componentes lingüísticos (fonología, semántica, morfosintaxis y pragmática) tanto en expresión como en comprensión.

Este modelo no es incompatible con el modelo clínico, puesto que para poder intervenir diferencia "módulos" o "unidades de tratamiento", relacionados con las diferentes alteraciones que pueden observarse, tanto en las patologías congénitas o adquiridas en el lenguaje.

D) MODELO INTEGRATIVO (UTA FRITH)

Uta Frith (1995), mencionada por García-Sánchez (1999), propone un modelo causal planteado desde tres niveles para simplificar y aclarar mejor tanto la labor diagnóstica su intervención. Estos tres niveles son interdependientes, interaccionan

entre sí y con el entorno, de tal forma que, una adecuada intervención o estimulación ambiental puede suavizar el problema:

- a) *Nivel biológico*: centrado en la explicación causal de las dificultades, es decir, su etiología - por ejemplo, la deficiencia mental -
- b) *Nivel Cognitivo-Emocional*: eje del problema por lo que se convierte en el origen de las manifestaciones conductuales generadas desde el primer nivel - dificultades de procesamiento de la información, de memoria..., etc. -
- c) *Nivel Conductual*: lo observable del problema - dificultades en el aprendizaje del lenguaje -.

E) MODELO EDUCATIVO

Surgido de estos planteamientos, aparece un modelo integral o de intervención psicopedagógica con una nueva forma de tratamiento que, según propone García-Sánchez (1999), parte no sólo de principios teóricos sino que también interviene sobre *"las necesidades que presentan las personas con retrasos del desarrollo y sus familias, junto con las necesidades que, en relación a ellos, manifiestan las personas del entorno en que participan o con quienes interactúan"* (García-Sánchez, 1999, p. 36); para García-Sánchez (1999): *"evaluación e intervención constituyen una unidad"* (Ibíd., p. 37). Esta perspectiva más amplia de intervención, se asienta en el actual modelo educativo fundamentado en la Psicología de la Instrucción y su aplicación terapéutica a las necesidades educativas especiales.

Para finalizar este apartado correspondiente a los modelos que fundamentan las distintas definiciones, se recoge la definición propuesta por la ASHA (American Speech, Language and Hearing Association), - organismo de reconocido prestigio

internacional - para la definición de las alteraciones lingüísticas puesto que concentra con mayor precisión las características fundamentales de las dificultades del lenguaje:

"Un trastorno del lenguaje es la anormal adquisición, comprensión o producción del lenguaje hablado o escrito. El problema puede implicar a todos, uno o, algunos e los componentes fonológico, morfológico, semántico, sintáctico o pragmático del sistema lingüístico. Los individuos con trastornos del lenguaje tienen frecuentemente problemas del procesamiento del lenguaje o de abstracción de la información significativa para almacenamiento y recuperación de la memoria a corto o largo plazo" (ASHA, 1980, p. 317-318)

Posteriormente, la misma Asociación en 1984 ofrece, de forma más sucinta, una definición de los trastornos lingüísticos donde se incluyen los aspectos descritos previamente:

"Un trastorno del lenguaje consiste en el deterioro o el desarrollo deficiente de la comprensión y/o la utilización de un sistema de símbolos hablados, escritos y/ u otros. Estas alteraciones incluyen (1) la forma del lenguaje (fonología, morfología y sintaxis), (2) el contenido del lenguaje (semántica), y las funciones del lenguaje en la comunicación (pragmática) en cualquier combinación" (ASHA, 1993, p.40)

2.2 CLASIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS DEL DESARROLLO DEL HABLA Y DEL LENGUAJE

La clasificación de las dificultades del habla y lenguaje se transforma en una tarea compleja, pues se cuenta con diferentes modelos de referencia de los que parten. Aun así, una adecuada clasificación: *"resulta indispensable para facilitar el ejercicio clínico y definir los programas de investigación"* (Chevrie-Muller et al., 2001, p. 189).

En este sentido, todavía se necesitan conocer las causas que generan las alteraciones lingüísticas para aportar una visión más amplia y, a su vez, anticipar cuáles van a ser las dificultades asociadas que encontraremos para trabajar en la clínica terapéutica.

Por tanto, a continuación, se presentan las diferentes patologías lingüísticas según su etiología y sintomatología desde el modelo psicolingüístico - considerando los diferentes componentes del lenguaje - y, en el modelo médico-clínico para la descripción y origen de dichas alteraciones.

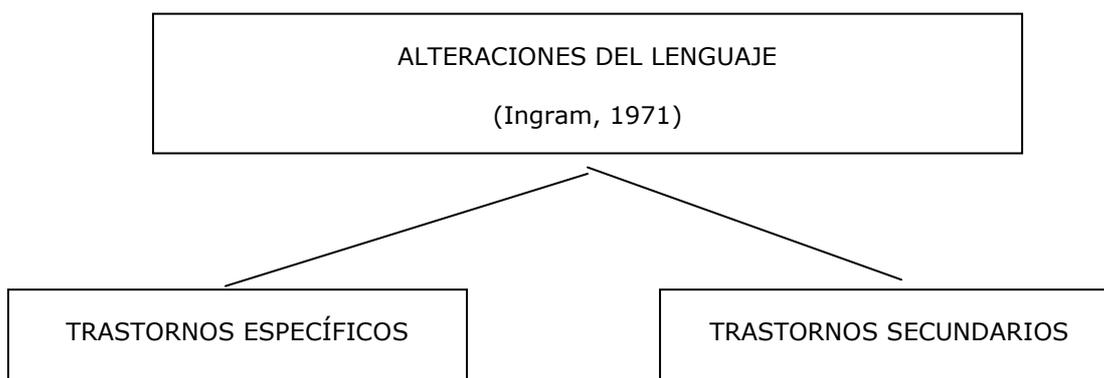
No obstante, debe tenerse en cuenta que la clasificación de las dificultades lingüísticas no debe estar asentada exclusivamente en las estructuras deficitarias (Bloom et al., 1978) - dimensiones y componentes lingüísticos - puesto que éstos son factores ligados a *"la maduración perceptivo-motriz, a la inteligencia y al propio lenguaje"* (Gorospe et al., 1997, p. 45). En esta línea, Narbona et al. (2001) destacan que *"una clasificación satisfactoria deberían tenerse en cuenta a la vez el criterio lingüístico y el criterio "médico" o (etiológico)"* (Ibíd., p. 190)

Por tanto, tal y como resaltan autores clásicos como Crystal (1989) o, más recientemente Puyuelo (2003), el lenguaje debe ser estudiado en términos de forma, uso y contenido, pero *s*En olvidar el criterio etiológico debido a que *"en algunos niños el problema se presenta aislado y en otros, asociado a problemas físicos, sensoriales, neurológicos y ambientales"* (Puyuelo, 2003; p. 103).

En la práctica clínica, se sigue principalmente la taxonomía psicolingüística propuesta por autores como Ingram (1971), Launay (1979) o Lahey (1988) en la que se dividen las alteraciones del lenguaje en “Específicas y Secundarias”, aceptada todavía, por la mayoría de investigadores (Perelló, 1984; Crystal, 1989; Garrido et al., 2004; Garrido et al., 1991; Gorospe et al., 1991; Gorospe et al., 1997; Narbona et al., 2001; Bishop et al., 2000; Martínez et al., 2001; Puyuelo et al., 2003; Aguado, 2004; Meyer 2004; Peña, 2004; Mendoza, 2006). En consecuencia, los diagnósticos y su intervención se originan fundamentalmente, desde el modelo médico-clínico, con vigencia en la actualidad.

La forma general de división de las diferentes patologías se establece desde el criterio etiológico, tal y como se muestra en la figura 2:

Fig. 2.- Clasificación de los trastornos del lenguaje. Ingram (1971)



Crystal (1989), no obstante, destaca el hecho de que la etiología de las dificultades comunicativas no constituye un modelo claro y completo en la explicación de éstos. En este sentido, afirma que en las clasificaciones de las alteraciones lingüísticas “sería necesario introducir una perspectiva evolutiva en cada trastorno por separado” (Ibíd., p. 78) pues tanto la perspectiva médica como la conductual:

Entienden la dificultad lingüística como un fenómeno estático: el problema se describe "sincrónicamente" en un hipotético punto en el tiempo (...) la perspectiva evolutiva constituye una parte esencial del estudio del trastorno lingüístico por dos razones (...) nos ayuda a interpretar los diferentes efectos del trastorno en el tiempo (...) y si es congénito o adquirido. (Crystal, 1989, p. 74)

Por tanto, cualquier intento de clasificación etiológica, debe tener en cuenta el criterio evolutivo referido a la aparición cronológica de dichos trastornos, es decir, si son congénitos o adquiridos pues, influirá directamente en el abordaje terapéutico.

Para ello, Crystal (1989) propone cinco ejes, no excluyentes entre sí, para la diferenciación de las anomalías lingüísticas aunando la clasificación anterior, de Específico y Secundario, con criterios psicolingüísticos que tengan en cuenta, tanto el origen de las dificultades – etiología – como el momento de aparición, tal y como se reflejan en la tabla 3:

Tabla 3.- Ejes para la clasificación de los trastornos del lenguaje (Crystal, 1989)

1. Trastornos de producción vs. Trastornos de recepción
2. Trastornos orgánicos vs. Trastornos funcionales
3. Trastornos del habla vs. Trastornos del lenguaje
4. Desviación del lenguaje vs. Retraso del lenguaje
5. Anormal vs. Normal

Estos ejes han servido igualmente, como patrón de referencia para clasificaciones posteriores, guiando así tanto la investigación como la práctica clínica por lo que se explican con mayor detalle a continuación:

1º CRITERIO: TRASTORNOS DEL LENGUAJE VS. HABLA VS. VOZ

Uno de los primeros pasos que deben plantearse para la práctica clínica es la diferenciación entre ambos tipos de trastornos. Ésta es especialmente clara en cuanto a la disyuntiva lenguaje/habla, al asentarse el primero en aspectos simbólicos que se reflejan en la elaboración gramatical del mensaje y, el segundo, en aspectos puramente motrices para su elaboración. El "Habla" hace referencia a la "expresión articuladora y sonora del lenguaje" mientras que "El Lenguaje es "un sistema universal para todos los que comparten un código de comunicación" (Málaga et al., 2004, p. 82).

Debido a la gran proximidad semiológica entre los retrasos del habla y los retrasos del lenguaje, Barrueco, Málaga, Garrido, Gorospe y Roqués (1990) comentan que: "debe defenderse la distinción de ambos síndromes" (Ibíd., p. 152). Esta diferenciación todavía es necesaria para la intervención terapéutica: "Dentro de los trastornos del desarrollo en el niño, se suelen diferenciar, aún actualmente, los retrasos del lenguaje de los retrasos de habla" (Gorospe et al., 1997, p. 50)

1.1.- Los trastornos del lenguaje:

Estos trastornos engloban aquellas conductas lingüísticas que afectan a las dimensiones de uso, forma y contenido es decir, a los componentes pragmático, semántico, morfológico, fonético y fonológico.

Igualmente, en los casos más graves, puede llegar a dificultar la capacidad simbólica de los signos lingüísticos dificultando, o impidiendo, que el niño entienda la relación entre la palabra oral y su referente real. Estas alteraciones en el lenguaje pueden observarse, tanto a nivel comprensivo como expresivo. Cuando esto sucede, observaríamos la dificultad que tiene el niño para entender o crear mensajes lingüísticos en la expresión de deseos, intenciones, sentimientos. Además, su competencia lingüística se

mostraría mermada o retrasada respecto a los niños de su edad (volumen de vocabulario inferior, estructuras sintácticas más sencillas y cortas, dificultades gramaticales en el uso y/o comprensión de la frase, uso más reducido o inadecuado de los elementos lingüísticos, etc.,). El pronóstico se considera más favorable en base al grado de alteraciones que dan lugar a un trastorno del lenguaje leve, moderado o grave.

Investigadores como Valmaseda (1999) y Aguado (2004) determinan aún más los términos proponiendo "*Retraso y Trastorno o Desviación del Lenguaje*".

Para dichos investigadores, un niño presenta un "*Retraso en el lenguaje*" cuando se observa un desfase entre su nivel de adquisición de los patrones lingüísticos y su edad cronológica, es decir, se trata de un lenguaje inmaduro. De la misma manera, se refieren a "*Trastorno del Lenguaje*" cuando se observa una desviación de las pautas normales de adquisición, es decir, una conducta lingüística distanciada y diferente de los patrones de normalidad lingüística que podría calificarse como divergente en su manifestación.

Aguilar et al. (2003) además diferencian en los retrasos lingüísticos aquellos niños que sí presentan un verdadero retardo, y aquellos que simplemente tardan más en adquirirlo y/o desarrollarlo, utilizando en su diferenciación el término "*Retraso del lenguaje*" en los primeros e "*Inicio Tardío*" para los segundos :

Retraso del Lenguaje (Language Delay), para aquellos niños cuyo retraso es menos grave y desaparece con el tiempo y el de Inicio Tardío (Late talkers) para aquellos niños que empiezan a adquirir tarde el lenguaje (2 años) pero enseguida se igualan al grupo de su edad en esta adquisición. (Aguilar et al., 2003, p.4)

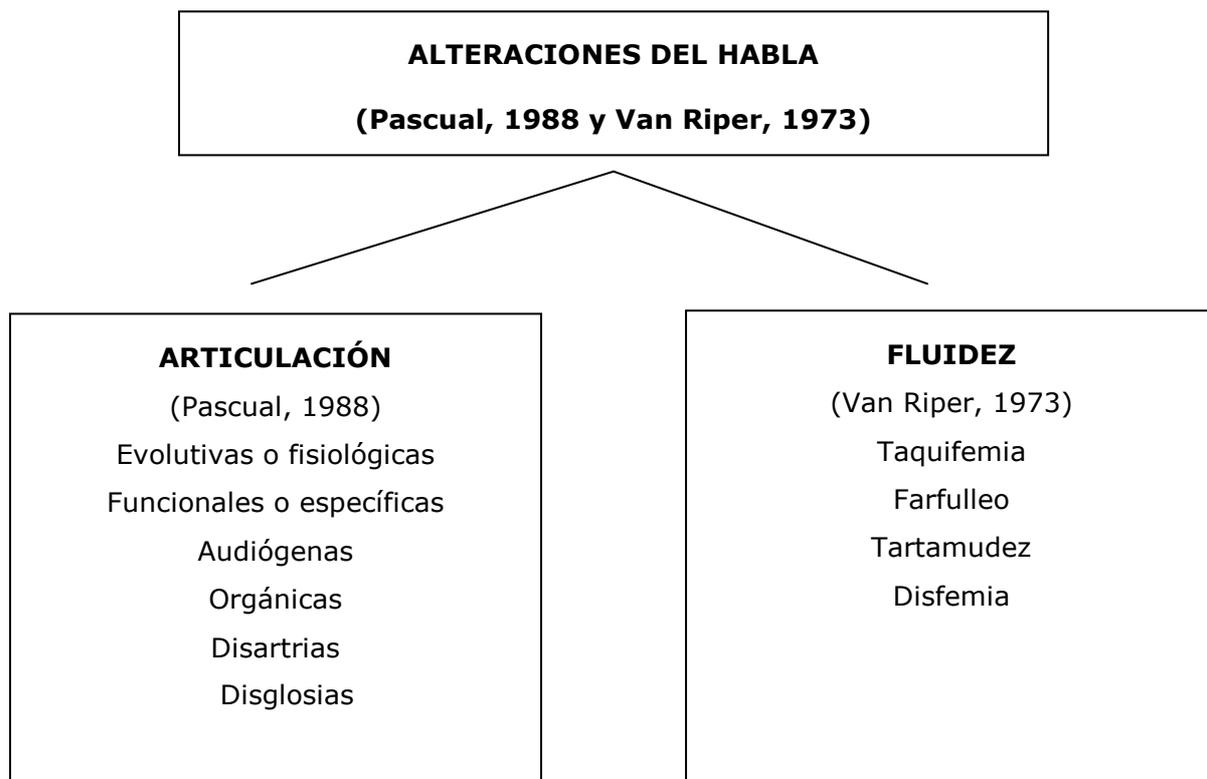
1.2.- Los trastornos del habla:

Estos trastornos tienen lugar cuando se ven afectados únicamente los componentes fonético-fonológicos, es decir, en la dimensión de la Forma. Se dificultan, por tanto, los mecanismos perceptivo-motores de la articulación del habla, generando problemas para componer un mensaje oral (problemas para producir los sonidos en la palabra). No obstante: *“no ponen en evidencia limitaciones en la capacidad lingüística del sujeto, al contrario que los trastornos del lenguaje”* (Gorospe et al., 1997, p.50). Esta precisión coincide con el planteamiento que realiza Crystal (1983) al matizar que:

La fonética estudia lo sonidos humanos (...) la fonología cómo se organizan (...) desde el punto de vista clínico es importante hacer esta distinción (...) es posible que haya trastornos que sólo afecten al sistema fonológico del habla de una persona, y que las capacidades fonéticas permanezcan intactas (Ibíd., p. 66).

En este sentido, Pascual (1988) y Van Riper, (1973) ofrecen un modelo clasificatorio que distingue claramente entre las diferentes dificultades que afectan a la articulación del habla, y los que afectan a la fluidez tal y como se presenta en la figura 3:

Fig. 3.- Clasificación de los trastornos del habla I (Pascual, 1988 y Van Riper, 1973)



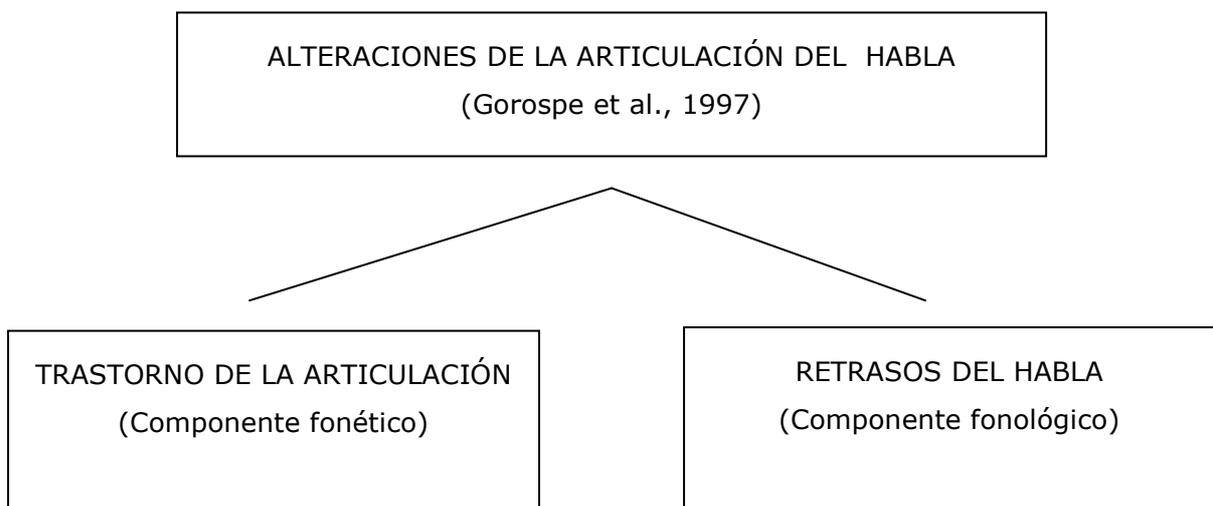
Gorospe et al. et al., (1997) no obstante, amplían la división de los "Trastornos de la Articulación del Habla", en "Trastornos de la Articulación" y "Retrasos del Habla" puesto que, los errores articulatorios de tipo fonológico, puede afectar a la sintáxis provocando con ello, un cuadro clínico más parecido al Retraso del Lenguaje que al Retraso del Habla. Se entiende por tanto por:

1.2.1) "Trastorno de la Articulación" déficit en la pronunciación influye únicamente en el componente fonético provocando errores constantes de pronunciación. Englobarían las *disglosias* – inadecuada articulación de los fonemas por malformaciones orgánicas –; *disartrias* – cuando su etiología es de tipo neurológico –; a las *dislalias* – errores articulatorios, de carácter funcional, generadas por diversas etiologías.

1.2.2) "Retrasos del Habla" son dificultades en el componente fonológico observadas fundamentalmente, en la realización de enunciados espontáneos. Su característica principal es la alta diversidad de errores en la pronunciación de un mismo fonema – cada vez puede articularlo con un sonido diferente, no son errores fijos -.

La distinción fundamental por tanto, entre "*Retraso de habla*" y "*Retraso del lenguaje*" queda definida según Barrueco et al. (1990) en que: "*el retardo (del habla) se localiza, no en la organización del lenguaje, sino en las praxias verbales, en la alteración de los procesos que controlan la producción verbal*" (Ibíd., p. 152). Es decir, los errores que parecen en los Retrasos de Habla y que implican a componente sintáctico, no se deben a un déficit en su programación cognitiva, sino en los movimientos articulatorios para producir el enunciado: las praxias articulatorias. Las repercusiones de dichas alteraciones fonéticas y/fonológicas, si revierten sólo en la expresión, no conllevan secuelas en otras dimensiones como el uso y contenido, por lo que va a presentar un pronóstico generalmente favorable. Esta clasificación se presenta en la figura 4:

Figura 4.- Clasificación de los trastornos del habla II (Gorospe et al., 1997)



1.3.- Trastornos de Voz:

Dificultades surgidas en la emisión vocal de los sonidos de tipo orgánico o funcional. Se denominan también como "Disfonías" y, suelen ser descritos de una forma específica.

2º CRITERIO: TRASTORNOS EN EL DESARROLLO DEL LENGUAJE VS. YA ESTABLECIDO.

Esta distinción es necesaria para diferenciar, entre aquellas dificultades en el lenguaje que aparecen durante su adquisición, frente a los que surgen cuando este ha finalizado y consolidado en su totalidad. La complejidad se situaría en establecer los parámetros lingüísticos identificables y la edad correspondiente a esta distinción.

En este sentido, Locke (1986) sitúa en torno a los 15 -18 meses la edad en que el balbuceo infantil adquiere un valor representativo para llegar a ser realmente una palabra y, por tanto, para entender que se adquiere el lenguaje – se puede decir entonces que el niño aprende el valor simbólico de la palabra -. No obstante de Boysson-Bardies y Duran (1991) mantienen que tiene todavía una importancia esencial el contexto lingüístico donde se realiza dicha emisión significativa - el niño necesita aún del referente para nombrarlo -.

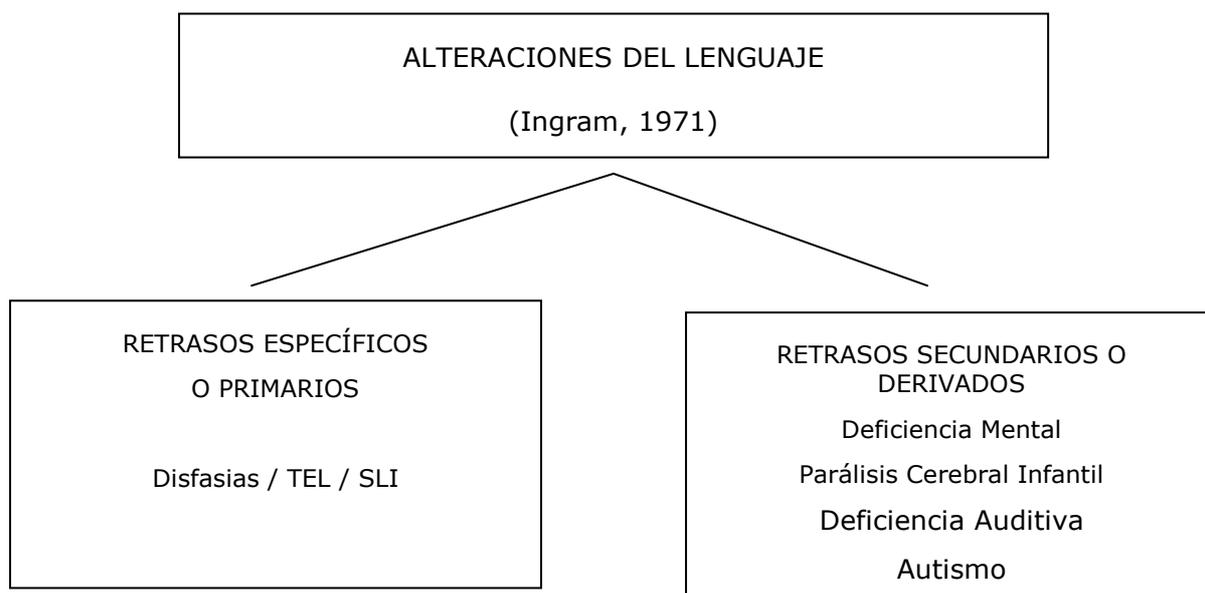
Otros autores como Van Hout (2001) defienden la idea de que es al inicio de los 3 años de edad cuando se puede hablar de lenguaje simbólico como tal – se producen las primeras frases bien estructuradas gramaticalmente- aunque el lenguaje se encuentre todavía en fase de desarrollo.

3º CRITERIO: TRASTORNOS ESPECÍFICOS O PRIMARIOS VS. TRASTORNOS SECUNDARIOS

Tal y como se expuso con anterioridad, constituye fundamentalmente una diferenciación etiológica situada como eje principal en muchas clasificaciones de la patología del lenguaje (Ingram, 1971; Perelló et al. 1984; Monfort y Juárez, 1993; Aguado, 2004, Meyer, 2006). Se hablaría de “*Trastornos Específicos o Primarios*” (Perelló et al. 1984) cuando la presencia de un retraso, o grave alteración en el lenguaje, no puede ser explicada por otra patología más grave (hipoacusia, deficiencia mental, daño neurológico...)

Igualmente, tal y como se anticipó, se hablaría de “*Trastornos Secundarios o Derivados*” (Perelló et al. 1984) cuando forman parte de otra patología como son las deficiencias mentales, hipoacusias, lesiones neurológicas, trastornos del desarrollo, etc., siendo las dificultades lingüísticas un síntomas del cuadro. (Ingram, 1975; Launay y Borel-Maisonny, 1979; Perelló et al., 1984;; Rondal y Seron, 1988; Crystal, 1989; De Ajuriaguerra, 1991; de Ajuriaguerra y Marcelli, 1996). Esta clasificación se expone en la figura 5:

Figura 5.- Clasificación de los retrasos del desarrollo del lenguaje (Lahey, 1988)



4º CRITERIO: TRASTORNO EXPRESIVO VS. TRASTORNO RECEPTIVO

Referido a la producción o codificación de un mensaje frente a la comprensión o decodificación de éste. Esta diferenciación es también muy frecuente entre las diferentes categorizaciones en las dificultades del lenguaje. Una de las más claras sería la aportada por el DSM-IV que establece dos criterios principales para los trastornos del desarrollo del lenguaje: *Trastorno del desarrollo del lenguaje de tipo expresivo* y *Trastorno del desarrollo del lenguaje de tipo comprensivo que puede acompañarse de trastornos expresivos*.

Estos criterios propuestos por Crystal (1989) han dado lugar a la clasificación clínica propuesta por Gorospe et al. (1997), expuesta en la tabla 5, y que sirve como modelo de referencia en el presente estudio doctoral.

Tabla 5 Criterios de clasificación de los trastornos del lenguaje (Gorospe et al. et al.; 1997)

1. TRASTORNOS DEL DESARROLLO

1.1.- PRIMARIOS DEL DESARROLLO

- a) Dislalia funcional
- b) Retraso del habla: leve o moderado
- c) Retraso del lenguaje:
 - Leve o moderado
 - Expresivo o receptivo
- d) Disfasia:
 - Expresiva o Receptiva- Expresiva

1.2.- TRASTORNOS SECUNDARIOS DEL DESARROLLO

- a) Hipoacusia
- b) Retraso mental
- c) Alteraciones neurológicas (PCI y otras encefalopatías)
- d) Disartria del desarrollo
- e) Alteraciones psiquiátricas (psicosis infantiles...)
- f) Disglosia que incide sobre el desarrollo alteraciones morfológicas

2. TRASTORNOS DEL LENGUAJE YA ADQUIRIDOS

- a) Afasia infantil
- b) Afasia del adulto
- c) Asociados a síndromes psiquiátricos (Esquizoafasia...)
- d) Asociados a deterioro neuropsicológico (Demencias)

3. TRASTORNOS DEL HABLA O LA VOZ

- a) Disfonía
- b) Disfemia
- c) Disartria del adulto
- d) Disglosia del adulto

Igualmente, para la clasificación de las diferentes diagnósticos en la presente Tesis, se diferencia primeramente, entre alteraciones Específicas y Secundarias, tal y como recomiendan de Andrade (1997), Law et al. (2000) y McLeod et al. (2007) para el estudio epidemiológico de las patologías lingüísticas pues, la mayoría de estudios realizados hasta la actualidad, son de naturaleza Primaria o Específica obviándose en ellos las dificultades lingüísticas secundarias.

El presente trabajo, igualmente, diferencia la naturaleza específica o secundaria de las dificultades comunicativas orales – habla, lenguaje oral o escrito, y voz - pues esto permite:

1º.- Examinar, con mayor precisión, la prevalencia de las diferentes patologías globales de estudio – habla, lenguaje o voz – sEn desechar ninguna.

2º.- Diferenciar, con mayor claridad, la prevalencia de los diferentes trastornos específicos y secundarios. Esto conlleva un mejor conocimiento y análisis de ambos con sus aspectos claramente particulares.

2.3.- TRASTORNOS ESPECÍFICOS DEL DESARROLLO DEL LENGUAJE

También denominados "*Primarios*". Se consideran aquellas dificultades que presentan síntomas exclusivamente de naturaleza lingüística, no habiendo una causa mayor que lo genere o justifique.

Estas dificultades o retrasos en la adquisición del lenguaje puede tener diferentes niveles de afectación o gravedad sintomatológica. Gorospe et al. (1997), en base a estas discrepancias, establecen distintos criterios de gravedad para

diferenciar, según su desfase evolutivo entre la edad cronológica y la edad psicolingüística, respecto a la población general tal y como se muestra en la tabla 5:

Tabla 5.- Criterios de gravedad para la clasificación de los retrasos del lenguaje (Gorospe et al. y cols, 1997)

- 1. Retraso Leve:** discrepancia mayor de ½ año respecto a la edad cronológica
- 2. Retraso Moderado:** discrepancia mayor a un año
- 3. Retraso Grave:** discrepancia mayor de 2 años
- 4. Retraso Profundo:** discrepancia mayor de 3 años

Bishop (1997) diferencia, no obstante, entre niños que presentan Retraso del Lenguaje (RL) como resultado de una falta de maduración, exclusivamente, y que consiguen una competencia verbal completa - se denominarían como *hablantes tardíos o de inicio tardío* - y, los Trastornos Específicos del Lenguaje (TEL) cuyas características son diferentes tal y como se exponen en la tabla 6.

Aguilar et al. (2003) consideran esta diferenciación entre los niños con RL y TEL muy importante de cara a la intervención. No obstante, investigadores como Monfort et al. (1993), y Aguado (2004) entienden que las diferencias entre ambas categorías aportan un aspecto más técnico y orientativo para la intervención, que para el propio diagnóstico.

En este sentido, Stark y Tallal (1981) desarrollan criterios operativos sobre el TEL para facilitar el diagnóstico de un Trastorno Específico del Lenguaje que son utilizadas en la actualidad, para diferenciar a estos niños de otros que presentan patologías lingüísticas afines. Estos criterios han supuesto un avance especialmente importante en la investigación: "*porque posibilitaron que en trabajos posteriores se siguieran unas normas de selección de la población lo más similares posibles*" (Mendoza, 2006, p. 28)

Tabla 6.- Criterios de clasificación de los T.E.L. (Stark et al., 1981)

- 1.- Nivel de inteligencia mínimo, valorado desde el CI manipulativo igual o superior a 85.
- 2.- Además de una de estas tres opciones:
 - Lenguaje Receptivo 6 meses por debajo de su edad mental o edad cronológica.
 - Edad lingüística al menos 12 meses por debajo de la edad mental o cronológica.
 - Lenguaje expresivo por lo menos 12 meses por debajo de la edad mental o cronológica.
- 3.- Ausencia de daño neurológico de cualquier tipo o etiología
- 4.- Ausencia de problemas motores
- 5.- Nivel auditivo de 25 dB para las frecuencias de 250 a 6.000 Hz, y de 25 dB. para el reconocimiento de palabras familiares
- 6.- Ausencia de problemas socio-emocionales o conductuales severos o graves
- 7.- Nivel lector normal si se ha iniciado dicho aprendizaje

En general, se diferencia entre "*Retrasos Simples del lenguaje*" y "*Retrasos Moderado, Disfasia o Trastorno Específico del lenguaje (TEL)*".

No obstante, en la actualidad, se prefiere la terminología derivada del ámbito anglosajón propuesta por Bishop en 1992, denominándose *Trastornos Específicos Del Lenguaje (TEL)* para diferenciar de las llamadas "Disfalias o Disfalias del Desarrollo", "Afasias" en el ámbito anglosajón o "Trastornos Graves de la Elaboración del Lenguaje" en el ámbito francés (Aguilar-Alonso, 1994; Aguilar et al., 2003). El término de Disfasia por tanto: "*Apenas es usado actualmente en la bibliografía en habla inglesa; en ésta se suelen emplear las expresiones Specific Language Impairment, Specific language Disorder o también Developmental Language Disorder*" (Chevrie-Muller, 2003, p. 255).

Este mismo planteamiento es aceptado por autores como Aguado (2004) o Mendoza (2006) quienes destacan que: "*Más recientemente, se está haciendo uso de otros términos como Specific Language Impairment o S.L.I. desterrando el término disfasia y dando relevancia sólo a la diferencia trastorno-retraso*" (Aguado, 2004, p. 239)

El término Trastorno Específico del Lenguaje -TEL- se ha empezado a utilizar en el ámbito de la psicopatología del lenguaje y de la logopedia en España y corresponde a la traducción de Specific Language Impairment - S.L.I.- en lugar del término disfasia por adaptarse a una terminología más común y para evitar las connotaciones relativas al carácter de etiqueta. (Mendoza, 2006, p. 18).

Se considera, por tanto, que existe un "*Trastorno Específico del Lenguaje*" o T.E.L. cuando un niño presenta un desfase entre su edad cronológica y su nivel lingüístico, igual o superior a un año, además de presentar limitaciones importantes para su adquisición. Dicho retraso no es originado por otras patologías como son pérdida auditiva, discapacidad mental y/o daño neurológico detectable (Fletcher y Hall, 1992; Menyuk, 1993; Aguilar-Alonso, 1994; Gorospe et al., 1997; Leonard, 1998; Molina, Sinués, Deaño, Puyuelo y Bruna, 1998; Acosta y Moreno, 2001; Aguado, 1999; Aguilar et al., 2003; Mendoza, 2006). Este desfase implica dificultades en todos los componentes del lenguaje (ASHA, 1980; Gorospe et al., 1997; Aguilar et al., 2003).

Launay (1979) afirma que, se debe considerar como "*Trastorno Específico en el Desarrollo del Lenguaje*" o "*Disfasia*" cuando el lenguaje aparece retrasado y estancado en la evolución de sus estructuras. Así, cuando se utiliza el término de Disfasia se habla de una alteración lingüística que impide su desarrollo y superar un determinado nivel de adquisición evolutiva -. Estas limitaciones generan, por consiguiente, una personalidad limitada en el niño que sufre dicho trastorno.

No obstante, bajo la denominación general de TEL, se incluyen toda una serie de trastornos del lenguaje diferentes que impiden que puedan ser considerados como una única categoría clínica. En palabras de Mendoza (2006), estas variadas manifestaciones sintomáticas en los TEL: *"son uno de los aspectos que ha generado más debate en torno al TEL (...) En la actualidad parece tener más sentido abordar la heterogeneidad de la población con TEL"* (Mendoza, 2006, p. 28)

Dicho carácter heterogéneo de la población con TEL es, incluso, recogida en la propia definición aportada por la American Speech-Language Hearing Association (ASHA, 1980). Esta diversidad, según Aguilar et al. (2003) se asienta principalmente en tres factores:

1º.- La adquisición del lenguaje sucede de forma más compleja y diferente a otras capacidades en el niño.

2º.- El hecho de que la adquisición del lenguaje incluye a su vez, periodos sensibles de aprendizaje y de interacción entre habilidades y componentes lingüísticos

3º.- La profusión terminológica utilizada (Inmadurez, Retraso, Alteración, Trastorno) ya mencionada con anterioridad.

2.3.1.- CLASIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS ESPECÍFICOS DEL LENGUAJE

Las principales investigaciones que se han centrado en la clasificación de los TEL parten de diversas orientaciones, diferenciando entre clasificaciones que atienden a criterios clínicos – mediante técnicas de observación –, o a criterios experimentales – mediante análisis estadísticos o psicométricos - (Chevrie-Muller, 2003; Mendoza, 2006)

A) CLASIFICACIÓN SEGÚN CRITERIO TIPOLOGICO:

Esta clasificación parte de criterios clínicos, neuropsicológicos y lingüísticos. Las descripciones reposan sobre la particularidad semiológica de las patologías.

Esta taxonomía clásica de los TEL o Disfasias la realizan Rapín et al., en 1983 sirviendo de base y marco de referencia, tanto a la investigación, como para el establecimiento de diagnósticos en las diferentes tipologías TEL. Para ello, Rapín et al. (1983,1987) establecen un sistema de clasificación de los niños con trastornos del lenguaje mediante el análisis de las destrezas fonológicas, sintácticas, semánticas y pragmáticas del habla a través del juego espontáneo.

Serra (1991, p. 34), no obstante, considera que adolecen de suficiente precisión "*desde los puntos de vista neurológico, lingüístico, psicológicos y comunicativo*" ya que aunque "*estos estudios neurolingüísticos hagan un paralelo con las dificultades halladas en la clínica adulta, no se han hallado bases estructurales específicas para poderla sostener en los trastornos infantiles*). Para este autor, la categorización taxonómica es muy interesante, y sería válida siempre que tenga en cuenta, no sólo el tipo de errores cometidos, sino también su competencia verbal – lo que el niño dice y sus funciones – opinión asentada en un modelo explicativo "*basado en el procesamiento del lenguaje y del conocimiento psicolingüístico*" (Ibíd., p. 37).

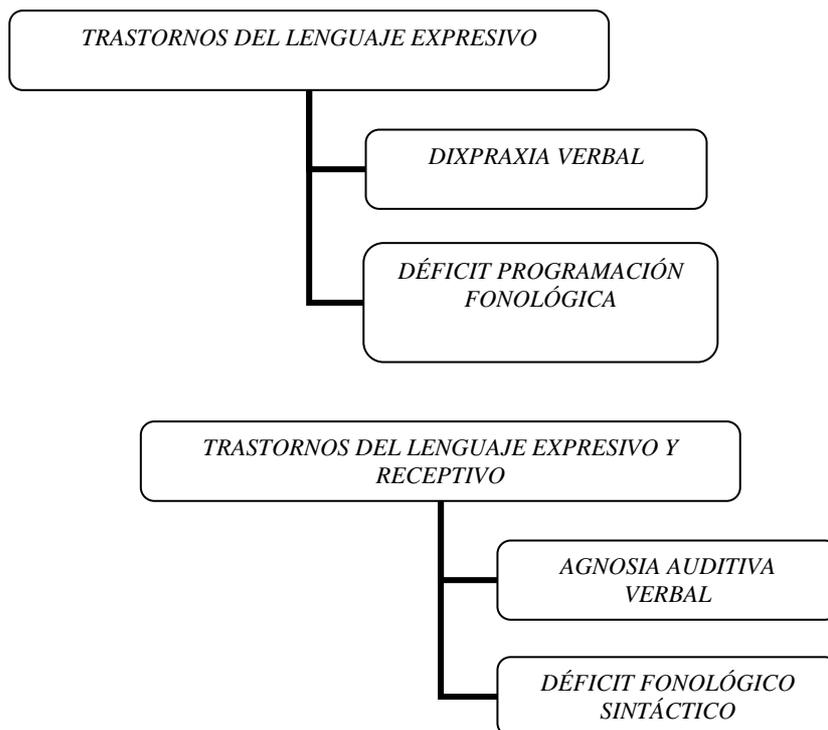
Igualmente Mendoza (2006) comenta la imprecisión en cuanto a algunas categorías que no deben ser incluidas bajo el término de Disfasia:

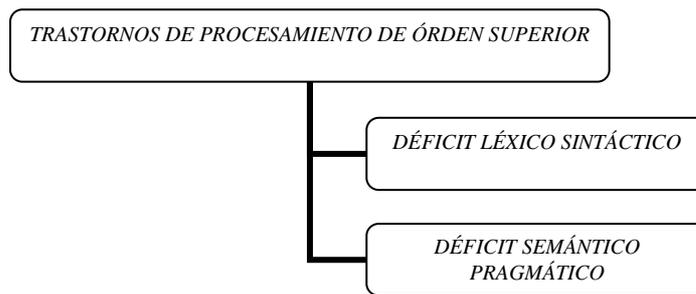
Algunos de los tipos de Rapín no se deberían considerar como TEL. Por ejemplo, la "Agnosia Auditiva" se suele presentar en trastornos de base lesional (...) igualmente, no se debería considerar la dispraxia verbal como un subgrupo de los TEL, ya que tiene importantes implicaciones motoras (Mendoza, 2006, p. 35)

Por otro lado, esta clasificación no considera suficientemente la continuidad sintomática que existe entre alteraciones fronterizas entre los niveles de gravedad planteada también por Estienne (1988): "igualmente destaca el hecho de que Rapín et al. no consideran el grado de solapamiento entre todos ellos, siendo un hecho importante" (Mendoza, 2005, p. 35)

Todo lo expuesto lleva a Rapín (1996) a reformular su taxonomía original en 1996 y a reagrupar los TEL en tres categorías clínicas con base modular – tal y como entiende Fodor (1986) la organización y funcionamiento mental - orientada desde el modelo psicolingüístico mostrado en apartados anteriores (ver figura 6)

Figura 6.- Clasificación de los Trastornos Específicos del Lenguaje (Rapín, 1996):





Contamos también con la clasificación aportada por el DSM-IV (APA, 2008) y el CIE-10 (1993), mostrados en la tabla 7, asentados en criterios clínicos. No obstante, hay que destacar su imprecisión descriptiva del DSM-IV al comparar los resultados obtenidos con los normalizados para su nivel de edad. La redacción en los diferentes criterios - según Mendoza (2006) -, como el Criterio A, (p. 61) y el Criterio A, (p. 64) no precisan de forma clara y concisa a qué se refieren con *"sustancialmente por debajo"* por lo que, en palabras de Mendoza (2006): *"impide la utilización de este criterio tanto a nivel clínico como de investigación (...) prescinde de cualquier tipo de validación empírica"* (Ibíd., p.36).

Tabla 7. Criterios clasificación trastornos de la comunicación (DSM-IV, 2008 Y CIE-10, 1993)

- Trastornos de la Comunicación (DSM-IV)
- Trastornos específicos del desarrollo del habla y del lenguaje
 - Trastorno del lenguaje expresivo
 - Trastorno mixto receptivo-expresivo
 - Trastorno fonológico o específico de la pronunciación
 - Tartamudeo (sólo DSM-IV)
 - Afasia adquirida con epilepsia o Síndrome de Landau-Kleffner (sólo en CIE- 10)
 - Trastorno de la comunicación no especificado

B) CLASIFICACIÓN SEGÚN CRITERIO PSICOMÉTRICO

Mendoza (2006) realiza una revisión de este tipo de trabajos que sí tiene en cuenta, además del criterio clínico, otros dos con base empírica como son el psicométrico y lingüístico. Utilizan dichos criterios para subdividir la población de TEL en distintos subgrupos asentados en los niveles de competencias de los diferentes componentes y procesos del lenguaje y concluye que: "*la mayoría de estos trabajos, aunque empíricamente correctos, les falta la utilización de algún criterio de validación*" (Mendoza, 2006, p.38)

C) CLASIFICACIÓN CLÍNICA - PSICOMÉTRICA

El valor fundamental de estas escasas investigaciones, según Mendoza (2006) es que consiguen una validación clínica de los subgrupos diferenciados desde una perspectiva empírica, a través de la aplicación de test psicométricos. Dichos criterios de clasificación de las subcategorías vienen a corroborar los mismos resultados presentados por Rapín en 1996.

Los TEL se pueden agrupar en (Mendoza, 2006, p. 42):

- ❖ *TEL expresivo (TEL-E)*
- ❖ *TEL expresivo-receptivo (TEL-ER) y,*
- ❖ *TEL complejo (trastorno de procesamiento de orden superior)*

Las características lingüísticas diferenciales entre los TEL-E Y TEL-ER se exponen en la tabla 8 (Mendoza, 2006):

Tabla 8. Criterios comparativos de las distintas habilidades lingüísticas en TEL-E y TEL-ER. Mendoza (2006)

CARACTERÍSTICAS	TEL-E	TEL-ER
Vocabulario receptivo	Normal	Deficiente
Comprensión sintáctica	Normal	Deficiente
Memoria (duración)	Normal	Deficiente
Discriminación fonológica	Normal	Deficiente
Repetición de palabras multisilábicas y pseudopalabras	Deficiente	Normal
Sintaxis y semántica expresiva	Deficiente	Deficiente
Evocación de palabras	Menos lentitud	Más lentitud
Denominación de dibujos	Menos lentitud	Más lentitud
Velocidad y eficacia en las respuestas (discurso)		
Errores gramaticales en habla espontánea	Mayor	Menor
Omisión de palabras función en habla espontánea	Muchos errores	Pocos errores
	Muchas omisiones	Pocas Omisiones

Mendoza (2006) llega a la conclusión, respecto a las diferentes categorías en los TEL, de que:

Es conveniente optar por tipologías más amplias, que dependan menos de la población y de los instrumentos, como puede ser la agrupación del TEL en trastornos específico del lenguaje expresivo (TEL-E) y expresivo-receptivo (TEL-ER), englobando en cada uno de los tipos los aspectos receptivos y/o expresivos de cada dimensión lingüística (Ibíd., p. 41)

2.4 TRASTORNOS SECUNDARIOS DEL DESARROLLO DEL LENGUAJE ORAL

Existen, desde un punto de vista etiológico, otro tipo de retrasos del lenguaje generados por otra patología de la cual forma parte como una sintomatología más. Estos trastornos se denominan "*Secundarios o Derivados*". El origen de estos quedan justificados como resultado de discapacidades tales como: la intelectual, auditiva, neurológica o, por trastornos severos del desarrollo.

La categoría mencionada englobaría toda dificultad generada por otros factores patológicos que inciden y condicionan de manera directa o indirecta la aparición o conservación del lenguaje como son: los déficits mentales, neurológicos, auditivos, socio-emocionales o psicológicos. Serían los retrasos del lenguaje asociados a otra patología más grave, diferenciándose de los anteriores en que, según Monfort et al. (1993, p.17) "*son niños con retrasos generales en su desarrollo*". Por tanto, no es únicamente la capacidad lingüística la que se encuentra retrasada o alterada en el desarrollo infantil, sino que resultan afectadas otras habilidades. Diferencian, por tanto, entre el estudio de las alteraciones específicas en el lenguaje, por su falta de maduración, y el estudio de otras patologías diversas, que generan alteraciones en la comunicación verbal o lingüística.

En concreto, Antoniadis et al. (1997) ya destacaba que la mayoría de los desórdenes de comunicación son fundamentalmente secundarios. Igualmente Peralta (2001) resalta que la mayoría de los retrasos secundarios del lenguaje tienen su origen en la discapacidad mental: "*La condición más comúnmente asociada con el retraso del lenguaje es la deficiencia intelectual*" (Ibíd., p. 195)

En este sentido, Law et al. (2000) también concluyen, en su revisión sobre la literatura en epidemiología de las alteraciones lingüísticas, que los investigadores y clínicos no muestran una clara distinción entre Retraso Primario y Secundario del

Lenguaje. Esto, según dichos autores se debe a que se encuentran más similitudes que diferencias entre ambos grupos, quizás porque "los autores utilizan muy diversos caminos para definir la población que describen" (Ibíd., p. 167).

2.4.1.- RETRASOS DEL LENGUAJE SECUNDARIOS A LA DISCAPACIDAD INTELECTUAL:

Según la definición aportada por el DSM-IV (2008) se entiende por deficiencia o retraso mental: un funcionamiento intelectual significativamente menor desde el inicio del desarrollo y que permanecerá a lo largo de toda la vida del sujeto, comportando dificultades de adaptación y aprendizaje. La descripción de este funcionamiento inferior intelectual se realiza desde dos perspectivas fundamentales (Aguado y Narbona, 2001):

a) Criterio psicométrico: aquella donde se obtiene, desde medidas a través de test, un cociente intelectual o C.I. a partir del cual se distinguen cuatro rangos: discapacidad mental (ligero CI entre 69-50, medio CI entre 49-35, severo CI entre 34-20 y profundo CI menor de 20)

b) Criterio operacional: explica los niveles de deficiencia mental basándose en la perspectiva piagetana.

No obstante, se describe sucintamente las características lingüísticas de cada grado de deficiencia por ser el de mayor frecuencia de uso en los diagnósticos clínicos tradicionales:

A) DEFICIENCIA MENTAL LIGERA: puede desarrollar un lenguaje completo en morfosintaxis y aprender aprendizajes instrumentales básicos como la lectura, escritura y cálculo a nivel de 4º/5º de Primaria con un ritmo lento y con apoyos educativos.

B) DEFICIENCIA MENTAL MEDIA: desarrolla un lenguaje apto para situaciones sociales básicas que le impiden llegar más allá de un nivel de preescolar. Presentan dificultades en la pragmática del lenguaje, para relacionar la expresión sintáctica – mostrando poca flexibilidad en el uso y variedad – y el contexto donde se manifiestan (por ej., les cuesta mucho entender frases hechas con sentido figurado)

C) DEFICIENCIA MENTAL SEVERO: adquiere un lenguaje empobrecido con un vocabulario y sintaxis elemental, sufriendo un evidente retraso social desde muy temprana edad (sonrisa social, protoconversaciones...). La comprensión del vocabulario es mejor que la morfosintáctica.

D) DEFICIENCIA MENTAL PROFUNDO: su máximo desarrollo intelectual no supera el equivalente a los dos años, por lo que no desarrolla lenguaje simbólico

En general, el habla del niño con discapacidad mental presenta numerosos errores articulatorios y disfluencias, e igualmente dificultades en el discurso.

2.4.2.- RETRASOS DEL LENGUAJE SECUNDARIOS A LA DISCAPACIDAD AUDITIVA

La pérdida de audición parcial o total en la primera infancia produce variados efectos en el desarrollo sociolaboral, intelectual, lingüístico, de voz y habla y, como es lógico, en posteriores aprendizajes como el de la lengua escrita (Manrique y Huarte, 2001). Según estos mismos autores existen variables diferenciadoras que permitirán diferentes grados de adaptación y aprendizaje en el niño sordo:

1. Grado de pérdida auditiva

- Hipoacusias leves (pérdida auditiva entre 20-40 dB): percibe la voz normal sEn dificultad alguna – no así la susurrante – por lo que tampoco aparecerán alteraciones en la adquisición y desarrollo del habla y lenguaje. Su desarrollo social, igualmente, no sufre dificultad alguna
- Hipoacusias medias (pérdida auditiva entre 40-70 dB): sólo percibe la voz si se emite con fuerte intensidad por lo que precisa da la lectura labial para comprender la palabra hablada. El lenguaje se retrasa en su adquisición y, si no se detecta a tiempo y se rehabilita adecuadamente con la ayuda de audífonos, afectaría claramente al establecimiento de relaciones sociales adecuadas. Esto es especialmente significativo a partir de 50 dB de pérdida auditiva.
- Hipoacusias severas (pérdida auditiva entre 70-90 dB): pérdida de audición de la voz salvo cuando esta es de una intensidad muy elevada. El lenguaje y habla sólo se desarrollan si se utilizan audífonos, y se realiza una intervención logopédica adecuada.
- Hipoacusias profundas (pérdida auditiva mayor a 90 dB): si esta se origina antes de la adquisición lingüística y es de tipo bilateral, genera mudéz en el caso de que el niño no recibe una intervención logopédica precisa. Cuando no presenta restos auditivos en frecuencias medias y agudas, la utilización de audífonos es totalmente ineficaz.

2. Localización de la lesión

Dependiendo de la etiología y el origen donde se encuentra el daño orgánico:

- Hipoacusias de Transmisión: patologías originadas por lesiones en el oído medio y/o externo. Suelen ser producidas por otitis medias seromucosas y/o purulentas, timpanosclerosis, malformaciones congénitas... Estos cuadros crean pérdidas auditivas inferiores a los 60 dB HL por lo que su pronóstico es favorable en cuanto al desarrollo del habla y del lenguaje.
- Hipoacusias de Percepción: lesiones localizadas en el oído interno, en las vías o centros neuronales auditivos que suelen ir asociados a patologías medias dando lugar a hipoacusias mixtas. Las hipoacusias de percepción – aisladamente – conllevan pérdidas auditivas muy variables que pueden ir, desde un grado leve a grados profundos, por lo que el desarrollo lingüístico y del habla dependerá fundamentalmente de la intensidad de la pérdida. De la misma forma, su aparición – súbita o progresiva -, afectación – bilateral o unilateral – y, cronología de aparición – pre o postlocutiva - depende igualmente de la etiología.

3. Momento de aparición del déficit auditivo:

La edad de aparición de la hipoacusias afecta de forma variable al desarrollo lingüístico, en función de si éste ya se había adquirido previamente o no. Se habla entonces de hipoacusias prelocutivas – anteriores a los 3 años – y postlocutivas – posteriores a los 3 años de edad - . Igualmente, se relaciona con el momento de aparición el grado y tipo de localización de la pérdida auditiva.

2.4.3.- RETRASOS DEL LENGUAJE SECUNDARIOS A LA DISCAPACIDAD MOTRIZ

Originados por lesiones cerebrales precoces, fijas y no evolutivas que implican un déficit crónico en el control del movimiento, tanto voluntario como involuntario (Truscelli, 2003).

Estas dificultades motrices, afectan principalmente al habla, pero con frecuencia, la adquisición del lenguaje puede retrasarse y/o alterarse puesto que los centros lingüísticos también pueden estar dañados. Como consecuencia de la lesión motriz, la articulación, respiración, voz, fluencia y prosodia también quedan afectadas (Póo, 1996).

La clasificación de la parálisis cerebral (PC) se realiza en base a criterios clínicos, como grado de afectación, sintomatología predominante y localización de la lesión que son aceptados internacionalmente (Ibíd., 1996):

A) PC ESPÁSTICA: la más frecuente, generada por una lesión en la vía piramidal. Su manifestación clínica se caracteriza por hipertonía muscular y presencia de reflejos exaltados dando lugar a varios grupos: Tetraplejia Espástica, Diplejia Espástica, Hemiplejia y Monoplejia

B) PC DISCINÉTICA: debido a lesiones en el sistema extrapiramidal (fundamentalmente en los centros basales del cerebro: Caudado, Putamen, Pálido), es el segundo más frecuente. Su manifestación clínica se caracteriza por la alteración del tono muscular, con fluctuaciones entre la hipo e hipercinesia, presencia de movimientos involuntarios en reposo y/o movimiento y persistencia de reflejos arcaicos.

C) PC ATÁXICA: Puede ser poco frecuente y, es debida generalmente, a malformación del cerebelo o a lesión en sus vías de conexión. Se manifiesta

en incoordinación de movimientos, trastornos del equilibrio – creando una marcha vacilante - e hipotonía. Generalmente se manifiesta bajo formas mixtas acompañadas de espasticidad

D) PC HIPOTÓNICA: puede aparecer previamente a cualquier PC anteriormente descrita, y frecuentemente se acompaña con deficiencia mental. Cuando su nivel de hipotonía es grave el pronóstico es nefasto

E) PC MIXTA: se refiere a la combinación de cualquiera de los tipos anteriormente mencionados

En general, la diversificación en cuanto a la afectación motriz origina dos grandes dificultades en la adquisición y desarrollo de la competencia comunicativa oral (Puyuelo, 1996):

1.- Problemas motrices que afectan al habla y a la voz exclusivamente, que pueden ir desde manifestaciones leves: habla disártrica (con dificultades para la ejecución del habla), hasta las más graves como la Anartria (imposibilidad total de movimientos para la articulación). Estas dificultades que presentan en el habla y/o voz serían:

1.1.- Presencia de reflejos y dificultades en los movimientos para la alimentación, que impiden la realización de praxias o movimientos de coordinación, previos a la articulación

1.2.- Dificultades en la coordinación respiratoria, generando casi siempre una respiración insuficiente, entrecortada que, en ocasiones, impide el intento de fonación con la inspiración

1.3.- Alteraciones en la fonación – disminución de la emisión de aire sonoro, espasmos vocales o vocales - debido, en la mayoría de los casos, a que tanto el velo del paladar como toda la zona orofaríngea pueden presentar una movilidad reducida

1.4.- Dificultades en la articulación de los fonemas, que varía dependiendo del tipo de PC que el niño sufra que irá desde dificultades leves para la articulación imprecisa de los fonemas hasta el impedimento total para su ejecución.

1.5.- Dificultades en la resonancia, originadas frecuentemente por el cierre incompleto de la entrada palatofaríngea – provocando voz nasalidad - y en la prosodia – desde un habla monótona, sEn pausas y enlentecida- hasta su manifestación entrecortada que se observa en un habla fragmentada con extraños intermedios que alteran la emisión de la palabra y/o frase

2.- Problemas en la adquisición del lenguaje por dificultades en:

2.1.-. El código lingüístico, que suele asociarse a deficiencia mental, entendido como procesos y componentes del lenguaje. En estos casos no se puede hablar de patrones característicos propios para su adquisición.

2.2.- El código motor afectando exclusivamente a su expresión oral entendida como respiración, vibración pliegues vocales, movimientos de la zona oral y coordinación de todos ellos para manifestar la conducta lingüística. En estos casos la inteligencia no estaría afectada.

A continuación se revisa de forma breve las características generales de las dificultades lingüísticas en PC descritas por Puyuelo (1996):

- **Desarrollo fonológico:** las dificultades se generan, según las alteraciones motrices que presenten, en el control de movimientos de la zona oral pudiendo oscilar, entre dificultades ligeras para la emisión de algunos fonemas, hasta su imposible articulación. Su adquisición sigue las mismas pautas que el resto de la población general siendo la capacidad fonológica de los niños espásticos mejor que la de los atetósicos.
- **Desarrollo semántico-lexical:** las dificultades presentes en su adquisición se generan, más por la falta de exploración del entorno, que por dificultades semánticas o simbólicas cuando el niño no presenta déficit mental. En general, aparece una diversidad lexical y gramatical simplificada.
- **Desarrollo morfosintáctico:** no se puede hablar, al igual que en el resto de características lingüísticas, de un patrón propio del desarrollo del lenguaje en PC. En general, aparece retrasada con simplificación en la emisión de frases y discurso debido al trastorno motriz lo que conlleva un repertorio restringido.
- **Aspectos pragmáticos:** con frecuencia, se observa una menor interacción con el interlocutor debido a la dificultad motriz para elaborar mensajes orales y a las propias conductas del que escucha. Aparece una menor frecuencia de uso de las diferentes funciones lingüísticas, pues disponen de menos variabilidad de ocasiones para su empleo: no es fácil captar el interés del otro, mantener un diálogo estable y que, su interlocutor pueda comprender y reformular los enunciados del niño con PC

2.5.- TRASTORNOS ASOCIADOS A RETRASOS DEL LENGUAJE

En este apartado se recogen aquellas dificultades que cursan simultáneamente con alteraciones en el lenguaje como son: los trastornos generales del desarrollo (Autismo...), el déficit de atención e hiperactividad y trastornos emocionales asociados.

2.5.1.- TRASTORNO GENERALIZADO DEL DESARROLLO: AUTISMO, SÍNDROME DE RETT Y TRASTORNO DE ASPERGER

Riviere (2007) define el trastorno autista en base a tres dimensiones patognomónicas que deben aparecer de forma conjunta para ser considerado como tal:

1. Trastorno cualitativa de la interacción social
2. Alteraciones en la comunicación y el lenguaje
3. Falta de flexibilidad cognitiva y conductual que se observa en la presencia de un repertorio restringido, no flexible ni imaginativo, de intereses y actividades

Riviere (2007) resalta que, en la práctica clínica, se utilizan tanto los criterios descritos por el DSM-IV de la Asociación Americana de Psiquiatría (American Psychiatric Association [APA], 2008) como por la ICE-10 de la Organización Mundial de la Salud (WHO, 1993) siendo, no obstante, la clasificación de la DSM-IV la más utilizada de las dos puesto que *"es un intento de poner objetividad en un campo especialmente subjetivo, como el del diagnóstico clínico en psicopatología. Facilita que los profesionales hablemos un mismo lenguaje y que las investigaciones se basen en diagnósticos compartidos"* (Riviere, 2007, p. 26).

De la misma forma, se muestra un esquema de la definición de Trastorno Autista – equivalente al síndrome de Kanner (ver tabla 9) – y, Síndrome de Rett (ver tabla 10) tal y, como lo ofrece Riviere (2007) según la DSM-IV, en base a sus características universales. No obstante, este autor prefiere no utilizar dichos criterios para la definición de Trastorno de Asperger puesto que *"presenta para este autor algunas insuficiencias serias"* (Ibíd., p. 28) respecto a la caracterización lingüística. Su desacuerdo estriba en que, sí existe retraso en el desarrollo del lenguaje - es más tardío y anómalo – con dificultades pragmáticas claras por ser "demasiado correcto y formal".

Tabla 9. Criterios diagnósticos DSM-IV del trastorno autista

CRITERIOS DIAGNOSTICOS DEL TRASTORNO AUTISTA. DSM-IV	
A.	Para darse un diagnóstico de autismo deben cumplirse seis o más manifestaciones de un conjunto de trastornos (1) de la relación, (2) de la comunicación y (3) de la flexibilidad. Cumpliéndose como mínimo dos elementos de (1), uno de (2) y uno de (3).
1.	Trastorno cualitativo de la relación, expresado como mínimo en dos de las siguientes manifestaciones:
1.a.	Trastorno importante en muchas conductas de relación no verbal, como la mirada a los ojos, la expresión facial, las posturas corporales y los gestos para regular la interacción social.
1.b.	Incapacidad para desarrollar relaciones con iguales adecuadas al nivel evolutivo.
1.c.	Ausencia de conductas espontáneas encaminadas a compartir placeres, intereses o logros con otras personas (por ejemplo, de conductas de señalar o mostrar objetos de interés).
1.d.	Falta de reciprocidad social o emocional.
2.	Trastornos cualitativos de la comunicación, expresados como mínimo en una de las siguientes manifestaciones:
2.a.	Retraso o ausencia completa de desarrollo del lenguaje oral (que no se intenta compensar con medios alternativos de comunicación, como los gestos o mímica).
2.b.	En personas con habla adecuada, trastorno importante en la capacidad de iniciar o mantener conversaciones.
2.c.	Empleo estereotipado o repetitivo del lenguaje, o uso de un lenguaje idiosincrásico.
2.d.	Falta de juego de ficción espontáneo y variado, o de juego de imitación social adecuado al nivel evolutivo.
3.	Patrones de conducta, interés o actividad restrictivos, repetitivos y estereotipados, expresados como mínimo en una de las siguientes manifestaciones:
3.a.	Preocupación excesiva por un foco de interés (o varios) restringido y estereotipado, anormal por su intensidad o contenido.
3.b.	Adhesión aparentemente inflexible a rutinas o rituales específicos y no funcionales.
3.c.	Estereotipias motoras repetitivas (por ejemplo, sacudidas de manos, retorcer los dedos, movimientos complejos de todo el cuerpo, etc.).
3.d.	Preocupación persistente por partes de objetos.
B.	Antes de los tres años, deben producirse retrasos o alteraciones en una de estas tres áreas: (1) Interacción social, (2) Empleo comunicativo del lenguaje o (3) Juego simbólico.
C.	El trastorno no se explica mejor por un Síndrome de Rett o trastorno desintegrativo de la niñez.

Tabla 10. Síntomas del síndrome de Rett (DSM-IV) según Riviere (2007)

I-. Presencia de todas las características siguientes:

1. Desarrollo prenatal y perinatal aparentemente normales
2. Desarrollo psicomotor aparentemente normal en los 5 primeros meses de vida
3. Perímetro cefálico normal en el nacimiento

II. Aparición de las características siguientes tras un primer desarrollo normal:

1. Desaceleración del crecimiento cefálico de los 5 a los 48 meses
2. Pérdida, entre los 5 y los 30 meses, de acciones propositivas adquiridas previamente con desarrollo subsiguiente de estereotipias (lavado o retorcimiento de manos)
3. Pérdida de relación social al principio del trastorno (aunque luego pueden desarrollarse algunas capacidades de relación).
4. Aparición de movimientos poco coordinados de tronco o deambulación.
5. Deficiencia grave del lenguaje expresivo y receptivo y retraso psicomotor grave

Respecto al Trastorno de Asperger, algunos autores lo caracterizan por ser "*Autistas de nivel intelectual y lingüístico alto*" (Riviere, 2007, p. 27) diferenciándose en que:

1.- Los niños y adultos con síndrome de Asperger no presentan deficiencias en la estructura del lenguaje. Este puede ser "superficialmente" correctísimo con presencia de frases con una sintaxis muy compleja y con un vocabulario excesivamente rebuscado. Llama la atención sus limitaciones pragmáticas y su prosodia deficitaria

2.- Los niños y adultos con síndrome de Asperger presentan una inteligencia normal, pero con peculiaridades de aprendizaje como saber leer pero no conversar a edades precoces.

En general, como criterios diferenciadores, Riviere (2007) resalta que el autismo se asocia con retraso mental en un 75% de los casos presentando alteraciones lingüísticas y de la comunicación en todas sus dimensiones (Forma, Uso y Contenido). Se diferencia, principalmente, del Síndrome de Asperger en que éste

último presenta cocientes intelectuales normales con tan sólo limitaciones pragmáticas y prosódicas. E, igualmente, del Trastorno de Rett en que éste aparece sólo en niñas por ser una mutación genética del cromosoma X, por asociarse siempre de un nivel severo o profundo de retraso mental y que, el patrón homogéneo de sus alteraciones y desarrollo *"su diagnóstico diferencial con relación al autismo de Kanner (incluso en los que se acompaña de retraso mental severo) no suele ser excesivamente difícil"* (Ibíd., p.30)

2.5.2.- DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD

Narbona et al. (2001) entiende como tal aquella patología conductual caracterizada por labilidad atencional, impulsividad, hiperactividad no funcional, torpeza psicomotriz y falta de adaptación adecuada al entorno social, sEn que exista patología psicológica que lo cause, y con nivel de inteligencia normal. Suele asociarse con gran frecuencia a dificultades de aprendizaje, especialmente el lenguaje escrito pero no como una secuela, sino como factor concomitante.

2.5.3.- TRASTORNOS EMOCIONALES (MUTISMO SELECTIVO)

En este subapartado se eluden las alteraciones relacionadas con la privación afectiva y/o social, parcial o total, por no ser objetivo de estudio en la presente tesis doctoral. Por tanto, la descripción se centra exclusivamente en el mutismo selectivo o electivo que sí queda recogido como categoría diagnóstica propia.

Domènech (2001) define el *"Mutismo Selectivo"* como un trastorno psiquiátrico, de escasa frecuencia de aparición, consistente en un rechazo a hablar ante determinadas situaciones y/o personas sEn que exista causa lingüística aparente. No es un problema del habla o lenguaje, sino un trastorno psicológico que se manifiesta desde el lenguaje, de tal manera que, para que sea considerado como

“selectivo” debe darse en niños que previamente habían adquirido habilidades lingüísticas claras. La edad de aparición coincide, en la mayoría de los casos, al inicio de la escolaridad – entre los 3 y los 6 años -.

Igualmente, se relacionan con las dificultades lingüísticas trastornos afectivos como la depresión, especialmente en niños con historiales de dificultades en el lenguaje, que se asocian estrechamente con el fracaso escolar - causante del trastorno afectivo – pudiendo generar una situación de stress crónico que actuaría de variable mediadora (Domènech, 2001; Beitchman, 2005).

2.6.- CLASIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS DEL HABLA

Los trastornos del habla hacen referencia a la articulación del mensaje verbal, cuando la persona codifica correctamente lo que quiere decir y programa adecuadamente la secuencia de actos motores necesarios para su realización. La dificultad surge en la ejecución motriz – y por tanto audible – de la articulación de los fonemas (Gorospe et al., 1997).

Dentro de estas dificultades en la articulación se encuentran:

2.6.1.- DISLALIAS

Hace referencia a los retrasos o trastornos del habla en los que se encuentran dificultades para la producción (articulación) o combinación de uno o varios fonemas de la lengua. Se refiere por tanto, a los aspectos formales del lenguaje, que no implican al contenido del mismo, aunque pueden ser concomitantes a los retrasos o trastornos del lenguaje (Pascual, 1988; Perelló, 1990).

En su mayoría, se consideran dentro del ámbito de los trastornos del desarrollo de la producción del habla - excluyendo así los problemas articulatorios en el adulto (Gorospe et al., 1997) - y, distinguiendo a su vez, entre los niveles fonéticos (emisión aislada de los fonemas) y fonológico (en combinación dentro de la cadena hablada) tal y como señala Bosch (1984, 2003).

Igualmente esta misma autora destaca que es, dentro del ámbito escolar, *"el problema más frecuente sobre el que se solicita su intervención, en especial debido a la relación existente entre estos problemas de naturaleza fonológica y ciertas dificultades de aprendizaje lector"* (Bosch, 2003, p. 189).

También se resalta, a su vez, el carácter funcional – no secundaria a ningún otro trastorno – para diferenciarlo de otras dificultades de articulación de base orgánica o neuropatológicas y que, no obstante implican una clara alteración o estancamiento dentro del desarrollo evolutivo (Ingram, 1971; Bosch, 2003) y su diferenciación de los errores evolutivos propios del proceso normal de adquisición fonológica entendido como "Dislalias Evolutivas" (Ingram, 1971, Bosch, 2003).

2.6.2.- DISARTRIAS

Muñoz-Céspedes y Melle (2003) las definen como el daño en el sistema nervioso central o periférico que genera dificultad para el *"control muscular de los órganos de la respiración, la fonación, la resonancia, la articulación y la prosodia en distinto grado"* (Ibíd., p. 441). Estas pueden ser secundarias a la parálisis cerebral infantil o a traumatismos craneoencefálicos siendo su sintomatología más frecuente (Muñoz-Céspedes et al., 2003):

1. Imprecisión articulatoria por dificultades en el control y coordinación de los músculos de la lengua y/o de la fuerza en los labios. Estos errores de pronunciación aparecen tanto en el habla espontánea, como en el lenguaje automático, y en la repetición

2. Hipernasalidad por dificultades en el cierre velofaríngeo
3. Alteraciones en la coordinación respiratoria por mal control en la coordinación del movimiento de los músculos diafragmáticos
4. Alteraciones en la prosodia con prolongaciones inadecuadas entre las sílabas o palabras
5. Alteraciones en la fonación por hiper/hipofuncionalidad de la laringe.

2.6.3- DISPRAXIAS/APRAXIA

Se refiere a la dificultad para la ejecución de movimientos voluntarios para la realización de los fonemas, como consecuencia de una lesión en las áreas corticales motoras cerebrales del hemisferio izquierdo. Sus dificultades se reflejan en (Muñoz-Céspedes et al., 2003):

1. Presencia de sustituciones, adiciones, repeticiones y prolongaciones de sonidos en la pronunciación
2. Graves dificultades en el inicio de las emisiones vocálicas de las palabras donde se observan grandes esfuerzos articulatorios y titubeos
3. Mejora de las emisiones automáticas que voluntarias donde se observan evidentes diferencias

En general, las Disartrias y las Dispraxias son bastante similares, resultando muy difícil su diagnóstico diferencial, puesto que muchos de sus síntomas son casi idénticos.

2.6.4.- DISGLOSIAS

Perelló (1990) también las denomina "*Dislalias Orgánicas*" puesto que son alteraciones de la articulación de los fonemas, generadas por anomalías o malformaciones de los órganos del habla: labios, lengua, paladar...

Seguendo el criterio de la división anatómica de los órganos periféricos del habla podemos clasificar los siguientes tipos de Disglosias:

A) DISGLOSIA LABIAL: El trastorno de la articulación de los fonemas por la alteración de la forma, movilidad, fuerza o consistencia de los labios. Las más frecuentes se deben a los labios leporinos, frenillo, labial superior y neuralgia del trigémino.

B) DISGLOSIA MANDIBULAR: Trastorno de la articulación producido por alteración de la forma de uno o ambos maxilares. Los más frecuentes son el prognatismo, el retroprognatismo, las resecciones de una, otra o ambas mandíbulas y las anomalías dentarias.

C) DISGLOSIA LINGUAL: Alteración de la articulación de fonemas por un trastorno orgánico de la lengua que afecta a la rapidez, exactitud y sincronismo de los movimientos de la lengua. Las más frecuentes son: El frenillo lingual, parálisis del hipogloso, macroglosias, y microglosias.

D) DISGLOSIAS PALATINAS: Es la alteración de la articulación causada por alteraciones orgánicas del paladar óseo y del velo del paladar. Las más frecuentes son la fisura del paladar (esta malformación va asociada en muchos casos a los traumatismos palatinos), el velo largo o corto del paladar y la rinolalia abierta o cerrada, con repercusión, a veces, en hipoacusias no detectadas.

2.6.5.- TARTAMUDEZ

Fernández-Zúñiga y Caja (2008) definen la tartamudez como:

Una forma de hablar interrumpida por una serie de alteraciones como repeticiones de sonidos, palabras o frases, prolongación de sonidos, bloqueos o pausas inadecuadas en el discurso. Estas dificultades aparecen en el habla de una manera involuntaria y con una frecuencia inusual. Asimismo, pueden observarse signos de esfuerzo o movimientos corporales, asociados a las dificultades del habla. (Fernández-Zúñiga et al., 2008, p. 3)

En general, los investigadores sobre el tema (Le Huche, 2000; Rodríguez, 2003; Salgado, 2005; Fernández-Zúñiga et al., 2008) coinciden en entender que la tartamudez, en sus diferentes grados de afectación, se genera por problemas de ansiedad o sentimientos negativos hacia la comunicación oral donde el entorno sociofamiliar juega un papel importante, tanto para su aparición, como para un adecuado abordaje en la fluidez del habla (presión emocional, tema de conversación, estado emocional...). En este sentido, cualquier situación vivenciada como de alto nivel de exigencia en el niño o adulto, aumentará la dificultad en la fluidez del habla y viceversa. Esta disfluencia aparece con mayor porcentaje en varones, especialmente si existen antecedentes familiares.

Este problema de fluidez varían con la edad, estando considerado como una dificultad benigna entre los 3 y 5 años que suele remitir de forma espontánea. En este caso, recibe el nombre de "*Tartamudez Fisiológica o Evolutiva*" pues es un proceso normal en la adquisición y desarrollo del habla y lenguaje (Rodríguez, 2003; Salgado, 2005; Fernández-Zúñiga et al., 2008).

En el ámbito clínico, Gorospe et al. (1997) diferencian entre:

- *Tartamudez*: cuando la dificultad se observa exclusivamente en la fluidez
- *Disfemia*: para referirse al conjunto de síntomas que acompañan a la tartamudez como son logofobia y balbismo. Se suman, por tanto, factores físicos como la tensión muscular, factores psicológicos como el miedo a hablar y, factores situacionales relacionados con el contexto de aparición.

2.7.- CLASIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS DEL LENGUAJE YA ADQUIRIDO: AFASIAS

Trastorno del lenguaje ya adquirido y que surge por una lesión en las áreas cerebrales responsables del lenguaje. Se caracteriza por la pérdida de la capacidad simbólica en éste limitando así, la capacidad para manejar símbolos lingüísticos - orales o escritos - que le impiden elaborar, seleccionar y ordenar adecuadamente las unidades lingüísticas para producir o comprender un mensaje verbal (Gorospe et al., 1997). Es decir, los pacientes afásicos no comprenden el lenguaje hablado o escrito y/o tampoco elaboran mensajes lingüísticos desde los procesos mentales implicados en su ejecución.

La clasificación clínica de los síntomas afásicos se asienta en la caracterización propia de las producciones verbales, respecto a una mejor o peor fluidez del lenguaje. Se puede diferenciar principalmente (Goodglas y Kaplan, 1986):

2.7.1.- AFASIA MOTORA O DE BROCA

Generada por una lesión en la zona Perrolándica del área de Broca. La persona es considerada como "no fluyente", debido a que su emisión hablada es entrecortada, con interrupciones constantes y realizada con gran esfuerzo especialmente al inicio de la emisión de la palabra, en su articulación y en la secuencialización gramatical.

2.7.2.- AFASIA SENSORIAL O DE WERNICKE

Generada por la lesión de la parte posterior de la primera circunvolución temporal del hemisferio izquierdo relacionado con la comprensión del lenguaje.

La persona es "fluyente", aunque sufre importantes dificultades para hablar y, especialmente, comprender el mensaje verbal. Suele asociarse a logorrea y, su expresión, aparece deficitaria generando con ello jergas propias, debido a las transformaciones tanto orales como escritas que realiza al elaborar el mensaje.

2.7.3.- AFASIA GLOBAL

En este tipo de afasias todos los aspectos globales del lenguaje están tan severamente alterados que es difícil diferenciar entre capacidades preservadas y afectadas. Se caracteriza por la no emisión de palabras, o tan sólo estereotipias sEn significado alguno; ni tampoco puede comprender (no designa objetos, acciones...). Sería la máxima expresión de la afasia sensorial y motora unida en un único cuadro clínico, debido a lesiones cerebrales que abarcan, tanto las zonas Prerrolándicas como Postrrolándicas del lenguaje.

2.7.4.- AFASIA MIXTA

Los pacientes afectados por esta afaasia presentan cierto grado de comprensión y de expresión verbal (reconocen y producen palabras y/o frases sencillas). Presentan síntomas de la afasia de Broca, pero con grandes dificultades en la comprensión auditiva verbal

2.7.5.- AFASIA DE CONDUCCIÓN

Caracterizada por un nivel adecuado en la comprensión auditivo verbal. Su producción oral es fluida, pudiendo reconocer los errores que comete por lo que trata de corregirlos.

Su discurso se reduce a serie breves de palabras con adecuada articulación y entonación – a diferencia de la de Broca -.

La repetición de palabras y frases está seriamente afectada, no pudiendo ayudarse de un modelo para realizarlo con corrección – en la Afasia de Broca sí puede beneficiarse, hecho que también les diferencia -. También presenta mejor producción en la repetición de números que palabras – especialmente si éstas son polisílabas, pronombres o conjunciones -.

Su característica semiológica específica es que el paciente puede hablar sEn dificultad hasta que se presenta un verbo o sustantivo principal, donde inicia una serie de aproximaciones fonéticas o “Parafrasias Fonéticas” repetidamente para poder ordenar y pronunciar la palabra. Este hecho provoca por tanto, una anomia muy persistente.

En la lectura surgen los mismos problemas que en la repetición oral, tendiendo a mejorar con el tiempo; en escritura el grafismo y los automatismos están conservados fallando principalmente en la escritura espontánea y al dictado, donde aparecen fallos disortográficos y, paragrafias literales y verbales.

2.7.6.- AFASIA ANÓMICA

Su característica principal es la dificultad para encontrar las palabras dentro de una capacidad lingüística fluida y con corrección gramatical. No existen parafasias literales ni verbales, siendo su comprensión auditiva normal. Sí aparecen circunloquios, dentro de un discurso con ausencia de sustantivos, para nombrar los objetos, acciones, personas... Debidas a lesiones temporo-parietales que pueden extenderse al giro angular.

2.7.7.- AFASIA transcortical

A) AFASIA SENSORIAL transcortical: caracterizado por la extraordinaria conservación de la “repetición” aunque presente síntomas de una afasia de Wernicke severa. No obstante, esta es de tipo ecolálico permitiéndole repetir sEn dificultad frases largas con

gran complejidad – incluso de idiomas desconocidos para el paciente -. De la misma forma, puede repetir sEn dificultad canciones, oraciones... que conocían antes de enfermar, si se les ayuda con esbozo oral. La lectura y escritura están muy alteradas aunque, en ocasiones, lean en voz alta sEn problemas de articulación pero sEn comprender nada. Su origen se encuentra en una lesión en la parte inferior del Lóbulo Parietal izquierdo que impide la conexión entre la región angular y el resto del cerebro

B) AFASIA MOTORA TRANSCORTICAL: Presenta normalidad ante las tareas de repetición con escasas ecolalias. Puede nombrar imágenes cuando las observa sEn dificultad y se beneficia mucho de la ayuda del esbozo oral. La lectura presenta pocos fallos, no así en la escritura donde presenta reducciones de palabras y/o frases y perseveraciones.

Se origina por una lesión de mayor tamaño que la de Broca, situándose en el pie de la tercera circunvolución frontal, o en la región subcortical profunda del Área de Broca

C) AFASIA TRANSCORTICAL MIXTA: Mantiene preservada la repetición – puede corregir la sintaxis de las frases que realiza mal - con bastante conservación de los automatismos verbales. No puede nombrar las cosas que observa o imágenes.

Presenta muy mala comprensión verbal. También se añaden importantes problemas neurológicos asociados como la Hemiplejia, Hemianopsia (pérdida del reconocimiento de la mitad del campo visual superior o inferior), etc. Su etiología se debe a intoxicación por anhídrido carbónico dando lugar a edemas cerebrales, hipoxia, oclusión carotídea, etc.

2.7.8.- AFASIA INFANTIL

Trastorno del lenguaje ya adquirido, tanto en comprensión como en expresión y, debido a infección en el SNC.

Se considera, como tal, a partir de los 5 años de edad teniendo una semiología diferente al afásico adulto. Presenta reducción en el lenguaje espontáneo, nunca presenta logorrea y, las parafasias son raras de observar.

En general, tienen mejor evolución que el adulto pero presentará de forma permanente algunas dificultades lingüísticas, que inciden sobre el aprendizaje escolar. No suelen recuperar toda su capacidad lingüística previa al cuadro afásico y, su progreso depende especialmente de la edad de aparición del cuadro:

- De los 18 meses a los 4 años: las alteraciones lingüísticas originadas por la afasia se compensan anatómicamente por plasticidad cerebral
- De los 4 a los 10 años: considerada específicamente infantil con las características propias mencionadas. La sintomatología desaparece progresivamente ya que, debido a la plasticidad cerebral, se consigue el cambio de dominancia cerebral haciendo que, las áreas cerebrales contralaterales funcionen como las del hemisferio dañado – restando sus funciones propias o inespecíficas predeterminadas por lo que algunas habilidades cognitivas pueden no llegar a su plena capacidad-.
- Desde los 10 años: surge la misma semiología que la del adulto

En general, la semiología afásica es variada pudiéndose observar, en base a los criterios clínicos de producción y comprensión, las siguientes características generales:

I.- EN LA PRODUCCIÓN DEL HABLA Y LENGUAJE (Gorospe et al., 1997)

1.- "Reduccionismos" o expresión verbal reducida:

a) Reduccionismo Articulatorio: la persona sólo puede emitir algún fonema muy distorsionado. Puede ocasionar por el esfuerzo que realiza el paciente para hablar "*Disprosodia*" o alteración en la melodía del lenguaje

b) Reduccionismo Nominal: caracterizado por:

- "*Suspensión del habla*": ausencia de habla debido a la afasia o a problemas indirectos relacionados con ésta
- "*Estereotípias Verbales*": repetición invariable de palabras o fonemas, similar a una "muletilla", realizadas de forma involuntaria e inconsciente, con o sin significado
- "*Anomia*": falta del vocablo cuando quiere designar algo debido a la pérdida semántica o fonémica del nombre

c) Reducción Sintáctica o "Agramatismo": dificultad para el manejo de las estructuras gramaticales, lo que conlleva simplificación del lenguaje tanto espontáneo como repetido – en escritura, lectura en voz alta u oral -, a excepción de las frases hechas o lenguaje automático.

2.- Deformación de la expresión verbal

a) Parafasias: utilización de un fonemas, sílaba o palabra en lugar de otro pudiendo diferenciarse entre "*Parafasia literal*" (se alteran los fonemas), "*Parafasia morfológica*" (sustitución de una palabra por otra parecida en la forma), "*Parafasia semántica*" (sustitución por otra palabra del mismo

campo semántico) o "*Neologismos*" (palabras nuevas no pertenecientes al idioma)

b) *Disintaxias*: caracterizado por una fluidez correcta en la ejecución del mensaje pero con un uso inadecuado de las estructuras sintácticas

c) *Circunloquios o Rodeos*: nombrar una palabra dándole muchas vueltas

d) *Jergafasias*: producciones lingüísticas verbales inconcebibles en el idioma perdiendo por tanto su valor semántico o significativo, también definido como "*Anosognosia*" o "*Jerga Logorreica Anosognósica*".

II.- EN LA COMPRENSIÓN DEL HABLA Y LENGUAJE (Gorospe et al., 1997)

De difícil caracterización, puesto que tan sólo se registran desde las propias reacciones del paciente ante el mensaje verbal o no verbal del interlocutor. Igualmente, existen situaciones como fatiga, lentitud de respuesta y bloqueos ante el mensaje del otro, que dificultan aún más la comprensión por parte del paciente.

En general, se caracterizan por el no reconocimiento del lenguaje oral asociados a la "*Agnosia Auditiva Verbal*" o no comprensión del lenguaje verbal aunque sí puede la no verbal como ruidos familiares, pitidos, voz de un animal...

III.- EN EL LENGUAJE ESCRITO (Gorospe et al., 1997)

1.- *Agrafias*

Alteraciones en la escritura donde se combinan dificultades motrices, cinestésicas, práxicas, auditivas y visuales generando diversas formas como:

a) *Agrafias Afásica:* asociado a la afasia global estando más afectada la escritura que el habla. El paciente no puede identificar lo escrito

b) *Agrafia de Aspecto Apráxico:* dificulta la grafía o realización del trazado de la letra en sí mismo

2.- Alexias

Alteraciones en la comprensión lectora del lenguaje escrito

a) *Alexia Agnósica:* no reconocimiento de los símbolos escritos específicamente verbales (letras, palabras escritas) pero sí de los no verbales (señales de tráfico). Si se manifiesta aislada de otros trastornos se denomina "*Ceguera Verbal*"

b) *Alexia Afásica:* asociado también a la agrafia donde la comprensión lectora de la palabra global es más fácil de identificar que las letras aisladas.

2.8.- ALTERACIONES DE VOZ: DISFONÍAS

La disfonía se define como "*la alteración de cualquiera de los tres parámetros acústicos de la voz: intensidad, tono o timbre*" (Gorospe et al., 1997, p. 261). Estos tres aspectos se ven alterados, en diferentes niveles de gravedad, en todos los trastornos de voz cuyos síntomas principales se reflejan en esfuerzo y fatiga para hablar, dolor, sensación de cuerpo extraño, falta de aire, etc. Las disfonías, aunque suelen ser una combinación de factores funcionales y orgánicos, se clasifican tradicionalmente como (Gorospe et al., 1997):

3.8.1- DISFONÍAS FUNCIONALES

Provocadas por un uso inadecuado del sistema vocal y/o fonatorio, especialmente cuando repercute en lesiones laríngeas.

A) HIPOFUNCIONAL: relacionadas con otra enfermedad causante de este tipo de alteración (estado general debilitado, endocrino-metabólicas...) o por exceso o sobreesfuerzo vocal. No suelen asociarse con lesiones anatómicas y, su tratamiento, es menos eficaz que el de las disfonías hiperfuncionales

B) HIPERFUNCIONAL: la dificultad vocal de mayor frecuencia de aparición que puede aparecer de forma aislada o asociada a alteraciones orgánicas como nódulos, pólipos, lesiones serosas en los repliegues vocales, laringitis crónica...

2.8.2 DISFONÍAS ORGÁNICAS

Muy variadas en cuanto a la etiología, niveles de afectación y limitación en la función vocal. Provocadas por lesiones o malformación en cualquiera de los órganos que dificultan la voz o fonación: nódulos, pólipos, lesiones serosas en las cuerdas vocales, laringitis crónica..., siendo las laringectomías parciales o totales quienes producen las limitaciones más graves.

2.8.3 DISFONÍAS PSICÓGENAS

Generadas por factores etiológicos psicológicos (ansiedad, stress, traumas emocionales...) sEn lesiones anatómicas en el aparato vocal. Adopta expresiones

clínicas muy diversas, siendo su característica principal la modificación brusca de la voz que puede fluctuar entre la normalidad y la afonía en cualquier momento -.

De ellas, las más frecuentes serían la "*Disfonía Suspirosa*" - voz encubierta por un escape de aire voluminoso y débil -, la "*Hipofuncional*" del depresivo y la "*Disfonía Histérica*" que genera una voz constante sEn sonido. También se incluye, dentro de este tipo de disfonías psicógenas, la "*Disfonía Espástica*" caracterizada por agravarse progresivamente, no presentar periodos de mejoría y ser muy resistente a cualquier tipo de intervención terapéutica. Este hecho genera, por tanto, serias limitaciones: gran esfuerzo para hablar, cortes en el ritmo del discurso y de la palabra generando una voz casi inaudible por el sobreesfuerzo vocal (Gorospe et al., 1997)

2.9- DIFICULTADES EN EL APRENDIZAJE DEL LENGUAJE ESCRITO

El lenguaje escrito - lectura y escritura - es una forma diferente de comunicación, exclusiva del ser humano, que permite transformar los sonidos de un idioma en símbolos ortográficos para transmitir un mensaje lingüístico. Para adquirir esta competencia se requieren, entre otras, habilidades cognitivas, lingüísticas orales, metalingüísticas, visoperceptivas...

La habilidad para manejar símbolos escritos nos convierte en la única especie preparada, cognitiva y biológicamente, para adquirir conocimientos nuevos desde el lenguaje escrito (Vieiro, 2005). Se consideran por tanto, actividades instrumentales esenciales para obtener nuevas destrezas que se inician dentro del ámbito escolar "*aprender leyendo*" pero que nos capacita, e incluso divierte fuera

de éste (Sánchez, 1993; Vieiro, 2005; Cruz, 2006; Cuetos, 2008, 2009; Mayor et al., en prensa).

Para referirse a las dificultades en la adquisición del lenguaje escrito, ambas tareas - lectura y escritura -, se separan para una mejor definición y descripción de sus alteraciones. Se habla por tanto, específicamente, de procesos y trastornos en la lectura y, de procesos y trastornos de la escritura (Cuetos, 2008, 2009):

2.9.1.- DIFICULTADES EN EL APRENDIZAJE DE LA LECTURA

Las alteraciones en la lectura denominadas "*Retraso Lector*" o "*Dislexia*" hacen referencia a dificultades para aprender a leer a partir de los 6 ó 8 años de edad manifestándose en (Vieiro, 2005; Cuetos, 2008):

- a) Un rendimiento significativamente menor respecto al esperado para su edad, inteligencia y nivel escolar
- b) Déficit precoz, que aparece en la infancia sEn que se haya aprendido previamente y que, interfiere considerablemente en el rendimiento académico o actividades cotidianas relacionadas con la lectura.
- c) No existen factores o déficits que justifiquen dicha dificultad para aprender a leer

En la actualidad, los trastornos de lectura o "*Dislexias*" se clasifican en base al análisis cualitativo del rendimiento lector encontrando (Border, 1973):

A) DISLEXIA DISFONÉTICA: dificultad para analizar las palabras en sus diferentes sonidos-letras por un mal uso de la "*Ruta Fonológica o Vía Indirecta*". Son niños que se fijan únicamente en la palabra de forma global

B) DISLEXIA DISEIDÉTICA: dificultad para identificar la palabra de forma completa, fijándose exclusivamente en sus rasgos fonológicos por lo que su lectura es silabeante con múltiples vacilaciones y repeticiones

C) DISLEXIA ALÉXICA O MIXTA: se trata de una combinación de las anteriores donde el niño no logra leer la palabra de una forma directa y global, ni tampoco lo consigue con una lectura silábica

Igualmente, existen clasificaciones más actualizadas que se derivan de los procesos lingüísticos que dificultan el rendimiento lector y que, guardan gran similitud con la clasificación anterior (Castles y Coltheart, 1993):

A) DISLEXIA FONOLÓGICA: caracterizada por un mal uso de la vía fonológica o indirecta y que utilizan exclusivamente la vía directa o ruta visual. Son niños que leen las palabras siempre de forma global por lo que presentan un rendimiento inferior en pseudopalabras o desconocidas para él (polisílabas..., etc.)

B) DISLEXIA ORTOGRÁFICA O SUPERFICIAL: presentan dificultades en la ruta visual usando solamente la vía indirecta o fonológica. Muestran por tanto, una lectura poco fluida pues leen sólo fonológicamente, provocando errores como divisiones silábicas dentro de la palabra, unión de sílabas entre palabras diferentes, repeticiones, vacilaciones, rectificaciones... pues no logran leer de una forma global la palabra escrita

C) DISLEXIA MIXTA: quienes presentan dificultades de ambos tipos

2.9.2.- DIFICULTADES EN EL APRENDIZAJE DE LA ESCRITURA

Las alteraciones en la escritura hacen referencia a dificultades para aprender a escribir a partir de los 6 ó 8 años de edad manifestándose en (Vieiro, 2005; Cuetos, 2008):

- a) Un rendimiento significativamente menor en escritura respecto al esperado para su edad, inteligencia y nivel escolar
- b) Déficit precoz, que aparece en la infancia sEn que se haya aprendido previamente y que, interfiere considerablemente en el rendimiento académico o actividades cotidianas.
- c) No existen factores o déficits que justifiquen dicha dificultad para aprender a escribir
- d) En general, aunque son dos procesos diferenciados y debido a que se enseñan de forma simultánea, tiende a asociarse con dificultades similares en la lectura (Cuetos, 2009)

Portellano (1985) entiende por "*Disgrafía*" los errores cometidos en la calidad del trazado de la letra – grafomotricidad – o, en su estructura gramatical escrita – ortografía –. Según la naturaleza de estas dificultades divide las Disgrafías en:

A) DISGRAFÍA MOTRIZ O CALIGRÁFICA: Errores de naturaleza gráfica o "mala letra". La manifestación sintomática se observa en: mal trazado de letra, tamaño desigual o desproporcionado, presión inadecuada, alteración en la direccionalidad de la letra, fluidez inadecuada en la realización de la letra...

Portellano (1985) reserva el nombre de *Disgrafía* únicamente para este tipo de dificultades, diferenciándolas de aquellos errores en la

escritura de tipo disléxico o "*Disgrafía Disléxica*" (Cuetos, 2008) para las que utiliza el término de "*Disortografías*".

B) DISORTOGRAFÍA FONÉTICA O NATURAL: Son los errores cometidos al no relacionar adecuadamente el fonema y el grafema correspondiente. Se incluyen dentro de los errores denominados de "Ortografía natural" donde la "vía indirecta o ruta fonológica" no se utiliza con corrección. La naturaleza de las dificultades observadas en la escritura son similares a los de la lectura (omisiones de letras o palabras, sustituciones, inversiones, uniones o fragmentaciones...).

Cuetos (2008) lo denomina "***Disgrafía o Disortografía Fonológica***".

C) DISORTOGRAFÍA ARBITRARIA: Errores relacionados con las reglas ortográficas convencionales pertenecientes a cada lengua específica: diferenciar entre v/b; las reglas formales para el uso de c/ z; g/j; r/rr... Los errores cometidos son fusiones o fragmentaciones de palabras, faltas de ortografía...

Cuetos (2008) los define como "***Disgrafías Superficiales***" por estar relacionados con el uso inadecuado de la "vía directa o ruta visual" que permite el reconocimiento global de la palabra a través de la conciencia lexical de ésta.

2.9.3.- DIFICULTADES EN EL APRENDIZAJE DEL CÁLCULO

Los problemas relacionados con las matemáticas están claramente delimitados una vez que el niño alcanza las capacidades cognitivas necesarias para

trabajar con los números (memoria, conservación del objeto, reversibilidad del pensamiento, capacidad de clasificación, seriación...).

En general, las dificultades más comunes se relacionan con:

- 1.- Dificultades para la numeración: construcción y memorización del número y su valor posicional en la cadena numérica
- 2.- Dificultades en las operaciones matemáticas básicas: el cálculo matemático desde la suma, resta, multiplicación o división
- 3.- Dificultad en la resolución de problemas (Orrantia, Morán, Gracia y González, 1995).

CAPÍTULO III

INVESTIGACIONES DE LA PREVALENCIA DE LOS TRASTORNOS DEL HABLA Y LENGUAJE

CAPÍTULO III: INVESTIGACIONES DE LA PREVALENCIA DE LOS TRASTORNOS DEL HABLA Y LENGUAJE

3.1.- INTRODUCCIÓN

3.2.- RESULTADOS DE LOS ESTUDIOS DE PREVALENCIA EN EL ÁMBITO SAJÓN

3.2.1- Alteraciones comunicativas generales

3.2.2.- Resultados en cuanto a la prevalencia de los retrasos específicos del lenguaje

A. Resultados sobre los procesos lingüísticos comprensivos/expresivos

B. Resultados relativos a los componentes lingüísticos

3.2.3.- Resultados en cuanto a la prevalencia de los retrasos específicos del habla

3.2.4.- Resultados en cuanto a la edad

3.2.5.- Resultados en cuanto al género

3.2.6.- Resultados en cuanto al nivel socioeconómico

3.3.- RESULTADOS DE LOS ESTUDIOS DE PREVALENCIA EN EL ÁMBITO LATINO

3.3.1.- Resultados en cuanto a la prevalencia de los retrasos del lenguaje

3.3.2.- Resultados en cuanto a la prevalencia de los retrasos del habla

3.3.3.- Resultados en cuanto a la edad

3.3.4.- Resultados en cuanto al género

3.3.5.- Resultados en el nivel socioeconómico

3.1.- INTRODUCCIÓN

En el capítulo I donde tratamos la fundamentación de los estudios de prevalencia del habla y lenguaje, se destacaron las importantes repercusiones que conlleva una inadecuada adquisición de la competencia lingüística en el desarrollo evolutivo de la persona. Lenguaje y habla son, como sabemos, capacidades esenciales para una plena calidad de vida en la medida en que permiten la relación interpersonal mediante el lenguaje oral, el acceso a la cultura desde el aprendizaje del lenguaje escrito y una ajustada conducta emocional a través de la combinación de ambos.

Por ello, en el presente capítulo nos referimos a las investigaciones epidemiológicas más relevantes acerca de la prevalencia de las alteraciones del lenguaje y del habla, y de la patología lingüística general así como a los resultados que han aportado al ámbito científico lingüístico. La revisión de estos estudios nos servirá como referencia para el presente trabajo.

Uno de los trabajos más interesantes y exhaustivos es la revisión practicada sobre las publicaciones entre 1967 y 1997 por Law et al. (1998, 2000), acerca de la prevalencia y el curso evolutivo natural de los problemas en el habla y/o lenguaje. Dicho trabajo considera, exclusivamente, a la población infantil con retrasos específicos de 0 a 16 años - excluyendo a quienes presentan dificultades secundarias generadas por patologías como la discapacidad mental, neurológica, audiológica..., etc. -.

Dichos autores concluyen que existen, fundamentalmente, cuatro áreas predominantes de estudio en las investigaciones realizadas en esos 30 años de revisión científica, y que son estudiadas de forma independiente en uno de los siguientes cuatro planos (Law et al., 2000):

1. Estudios sobre la prevalencia de las diferentes patologías del lenguaje y habla centrados exclusivamente en el habla, en el habla y lenguaje conjuntamente y, por último exclusivamente en lenguaje (comprensivo y/o expresivo)
2. Estudios sobre la "*historia natural*" o evolución espontánea de dichas dificultades sEn intervención profesional
3. Estudios sobre la intervención terapéutica y,
4. Estudios sobre la evaluación de las alteraciones lingüísticas

De la misma forma, la Dra. Carla Johnson destaca posteriormente, en el año 2007, que existen tres grandes dificultades para la estimación de la prevalencia en los estudios versados en el tema:

1. CONSENSO DIAGNÓSTICO

La unanimidad, en cuanto al uso y valoración de los criterios diagnósticos, no siempre es posible ni acertada. Esta constituye uno de los grandes escollos en el estudio de las diferentes patologías lingüísticas, tanto en relación a su definición como la estimación de los niveles de gravedad (Garrido et al., 1995; Lubker, 1997; Law et al., 1998, 2000; Mendoza, 2006; Nelson et al., 2006; Johnson y Beitchman, 2006; Johnson, 2007; McLeod et al., 2007).

Johnson (2007) explica esta situación heterogénea debido a que la gran mayoría de las investigaciones emplean criterios diagnósticos tomados de la American Psychiatric Association (2000) y de la World Health Organization (1994), donde las pautas de clasificación no siempre coinciden, respecto a la sintomatología y la gravedad. Esto mismo sucede cuando los criterios diagnósticos son aplicados por distintas áreas profesionales (Johnson et al., 2006; Johnson, 2007) puesto que: "*...difieren apreciablemente cuando estos son usados por investigadores o terapeutas*" (Johnson, 2007, p. 1)

Esta diversidad diagnóstica conlleva, entonces, serios problemas para comparar resultados en este tipo de investigaciones, tal y como señala también Mendoza (2006). Para ello McLeod et al., (2007) proponen utilizar descripciones más claras, utilizando términos y definiciones más precisos.

En este sentido, Law et al. (2000) destacan que la valoración y diagnóstico de las dificultades lingüísticas debería realizarse, tanto desde el uso de test psicométricos – convirtiéndose en uno de los principales objetivos en la investigación sobre prevalencia –, como desde el juicio clínico que debe ser rigurosamente aplicado por expertos en el tema, según este autor: *"las medidas estandarizadas y sus resultados deben estar ligadas al juicio clínico del terapeuta para una mejor estimación de la prevalencia"* (Ibíd., 2000, p. 180)e, igualmente:

Los estudios necesitan presentar datos sobre el número de participantes y muestras de diagnósticos, y la definición de cada caso tiene que ser determinada por medidas estandarizadas del habla y/o lenguaje o usar un claro juicio clínico. (Ibíd., p. 167)

Esta idea de combinar test y juicio clínico en la realización de diagnósticos también es confirmada por Crystal (1989), Petheram et al. (2001), O Busari et al. (2004) y McLeod et al. (2007). Para los mencionados investigadores, este juicio clínico vendría avalado por la adecuación de una detallada historia clínica y por la pormenorizada descripción sintomatológica de la conducta lingüística que incluye profesionales relevantes como médicos, audiólogos o terapeuta del lenguaje siendo además, detectadas y verificadas estas dificultades por responsables pedagógicos relacionados con el entorno escolar:

Mientras la evaluación estandarizada proporciona una guía objetiva para identificar las dificultades, el juicio clínico subjetivo capacita clínicamente para identificar las diferencias individuales sobre quiénes son preocupantes,

mientras que las pruebas estandarizadas no pueden, por sí mismas, identificar la presencia de cada dificultad. (Petheram et al., 2001, p. 305)

En este sentido, Petherman et al. (2001) destacan la preparación cada vez más eficaz en el ámbito médico en cuanto a la detección de las dificultades lingüísticas: *"Comoquiera es posible especular que el alto entrenamiento y el papel de los observadores médicos está llevando a su adecuado tratamiento de los retrasos del desarrollo y la variación del desarrollo normal del habla"* (Ibíd., p. 523)

No obstante, para Johnson (2007) no todos los trabajos que se basan en este tipo de evaluación son fiables puesto que, el mal uso de encuestas y juicios clínicos por profesionales no especializados, puede originar valoraciones y diagnósticos ineficaces que sesguen estos trabajos de investigación: *"Muchos estudios de prevalencia están basados exclusivamente en encuestas o juicios clínicos"* (McLeod et al., 2007, p. 40)

Finalmente, la consecuencia de dicha ausencia de unanimidad en la categorización diagnóstica, puede repercutir en la validez de los datos epidemiológicos, aun teniendo una fiabilidad elevada. De esta manera, los criterios diagnósticos empleados respecto a severidad del retraso y rango de medidas aplicadas, generan diferentes definiciones para patologías iguales con sintomatología muy variada en calidad y cantidad (Johnson, 2007).

La interpretación de los datos de prevalencia está restringida por la terminología y las definiciones usadas por los investigadores; se han mostrado diferentes resultados de prevalencia dependiendo de la pregunta realizada y de la terminología usada (McLeod et al., 2007, p. 39)

Por todo ello, y para lograr el necesario consenso diagnóstico, se resalta la importancia y mejora de los estudios clínicos descriptivos cualitativos frente a los estadísticos cuantitativos, propuesta que hacen Aron et al. (2001) y Sainz y Montes, (2006):

En la actualidad, el principal desafío para la estadística proviene del fuerte renacimiento del interés en los métodos "cualitativos" de investigación. Ha habido una creciente preocupación entre algunos psicólogos con respecto a que, luego de cien años de investigación estadística cuantitativa, la psicología ha producido lo que ellos consideran conocimientos de muy poca utilidad social (Jessor, 1996). (Aron et al., 2001, p. 59)

2. SELECCIÓN DE LA MUESTRA DE ANÁLISIS

La adecuada selección de la muestra tampoco siempre es fácil. Posiblemente, una de las mayores dificultades radica en encontrar poblaciones lo suficientemente amplias o evitar separar el campo de estudio: clínico o educativo, principalmente.

La estimación de la prevalencia debe, por tanto, registrarse desde muestras numerosas y representativas (Lopetegui, Málaga, Garrido, Gorospe y Barroso, 1990; Lubker, 1997; Johnson et al., 1999; Law et al., 2000; Zhang y Tomblin, 2000). Igualmente, la falta de fiabilidad y validez en los diagnósticos clínicos comentada anteriormente, genera resultados, no siempre fácilmente comparables entre sí, por los errores de sesgo cometidos al elegir la muestra evitando los denominados "*Falsos Negativos y Falsos Positivos*" (McLeod et al., 2007). Por ello se justifica la ampliación al máximo de las muestras de estudio: "*La necesidad de investigaciones con muestras más numerosas y grupos más homogéneos, podrían permitir establecer conclusiones contrastables.*" (Lopetegui et al., 1990, p.208)

3. HETEROGENEIDAD SEMIOLÓGICA

La propia naturaleza cambiante de las alteraciones lingüísticas hace que su sintomatología varíe respecto a los patrones de evolución y gravedad, al igual que la edad en que se presentan. Este hecho influye, por tanto, en la estimación de la

prevalencia. Una misma dificultad lingüística puede manifestarse de una forma sintomatológica diferente, según la edad y el propio curso evolutivo:

Por eso, idealmente, los datos de prevalencia deben ser recogidos durante el lapso temporal de las alteraciones lingüísticas... Los datos sobre la prevalencia en ese momento son válidos para entender la evolución natural, el transcurso y el pronóstico de esas alteraciones. La prevalencia permite estimar también la valoración de los posibles riesgos y factores de protección. (Johnson, 2007, p. 1)

Por esta razón, McLeod et al. (2007) recomiendan - reafirmando las ideas propuestas por Lubker en 1997 - la realización de estudios longitudinales que recojan lapsos temporales amplios, es decir, desde que se acude por primera vez a consulta hasta el alta definitiva: *"A la fecha, parece que no hay estudios de prevalencia de las alteraciones comunicativas que hayan sido seguidas más allá del momento de la recogida de datos"* (McLeod et al., 2007, p. 40)

A continuación se presentan los resultados de los diferentes estudios extranjeros y españoles ordenados según la:

- ❖ Prevalencia de las alteraciones lingüísticas generales
- ❖ Prevalencia de los retrasos específicos del lenguaje
- ❖ Prevalencia de los retrasos específicos del habla
- ❖ Resultados en cuanto a la edad
- ❖ Resultados en cuanto al género
- ❖ Resultados en cuanto al nivel socio-económico

3.2.- RESULTADOS DE LOS ESTUDIOS DE PREVALENCIA

La diversidad de artículos sobre epidemiología y prevalencia en los Retrasos del Habla y Lenguaje se elaboran, principalmente, en habla inglesa. Los estudios planteados en el ámbito latino son bastante escasos, e igualmente se destaca que, tanto unos como otros, se realizan en centros médicos y/o escolares sEn practicarlos de forma conjunta en ningún caso. En el caso de nuestro país, no es hasta el año 1986 cuando Bonet describe por primera vez una población global que incluye además, tanto el ámbito médico como educativo en patología general: "*En la literatura no existen estudios de oferta/demanda sobre patología de la comunicación*" (Bonet, 1986, p.32)

Posteriormente, Peralta et al. (1991) estudian la prevalencia de las dificultades lingüísticas y del habla en el entorno escolar abordando las repercusiones en el escrito. Finalmente, el último trabajo con que se cuenta en España es el realizado por Garrido et al. (1995) en el que nuevamente estudian las patologías lingüísticas y del habla, más usualmente atendidas desde la unidad asistencial del "Hospital Clínico Universitario de Salamanca".

En cuanto a los resultados obtenidos, tanto los estudios latinos como ingleses muestran conclusiones similares, exceptuando las diferencias relacionadas directamente con el idioma - concretamente las derivaciones de las dificultades orales en el lenguaje escrito tal y como reflejan Peralta et al. (1991) -. Estos datos se analizan de forma más detallada en los siguientes apartados.

3.2.1.- ESTUDIOS SOBRE ALTERACIONES COMUNICATIVAS GENERALES

La extensa variabilidad de estudios se asienta, prioritariamente, en la edad de la muestra y en los criterios escogidos para su identificación y clasificación, situando los niveles más altos de prevalencia en la población infantil.

Las investigaciones latinas son remotas y escasas. El estudio pionero en nuestro país de Bonet (1986) muestra que el 43% de los pacientes en reeducación logopédica son niños con discapacidad mental; el 19% presentan dislalias; el 15% pérdida de audición; el 7% alteraciones de voz y que la parálisis cerebral, afasias, laringectomías, autistas y otros diagnósticos presentan, individualmente, porcentajes inferiores al 6%.

Nuevamente, Gorospe et al. (1990) en su estudio retrospectivo de los trastornos del desarrollo del habla y del lenguaje, tanto específico como secundario, observan la alta prevalencia de las patologías lingüísticas (en torno al 16% de los casos atendidos) siendo la patología del desarrollo - entendida como trastornos de carácter evolutivo general - más atendida en la población infantil.

Garrido et al. (1995) presentan nuevamente un estudio más exhaustivo sobre la patología general (desde 1975 hasta 1994) con un total de 9.278 historias clínicas válidas. Sus resultados muestran que la demanda asistencial varía a lo largo de los años, más por razones sociales que individuales, encontrando cierta estabilidad en el crecimiento progresivo de los Trastornos de Voz y el descenso de las dificultades relacionadas con el Aprendizaje del Lenguaje Escrito. Resaltan que los "*Trastornos del Desarrollo del Lenguaje*" la patología que mayor número de consultas demanda - calculando una tasa de incidencia de 4 casos nuevos (en menores de 14 años) y de 5 (en menores de 5 años) por cada 1.000 habitantes -,

seguidos por las "Alteraciones de Voz" y por las "Dificultades de Aprendizaje del Lenguaje Escrito":

Los TDL llegan a representar el 38% de las consultas, seguidos de los trastornos de voz y los TLE que se mueven entre un 16 y un 18%. SEn embargo, desde 1989 el incremento de las consultas por trastorno de la voz ha determinado que la demanda por TDL y por trastorno de voz sea similar (entre el 30 y el 38% de las consultas. (Garrido et al., 1995, p.227)

Dentro de las "Dificultades de Habla" (Disfemia, Disglosia Y Disartria) la Disfemia es la patología más observada aunque, en los últimos años, esté siendo superada por las Disartrias. En cambio, las Disglosias son las que menor porcentaje de aparición presentan.

Respecto a los "Trastornos de Voz de Tipo Funcional" es de 0,6/1.000 habitantes siendo, en la población de mujeres entre 15 y 45 años, (etapa de mayor riesgo de aparición) 1 nuevo caso por cada 1.000 habitantes/ año.

Respecto a las "Afasias" detectan un claro incremento – se sitúa en el 7 % - en los tres últimos años de estudio respecto a los demás diagnósticos realizados.

Finalmente, estiman que podría esperarse un aumento de 400 consultas nuevas por año exclusivamente en la provincia de Salamanca:

La demanda asistencial global en patología foniátrica en una población presumiblemente sensibilizada como la de Salamanca es de 2 nuevas consultas por 1.000 habitantes/año (...) A la luz de estos resultados habría que esperar a medio plazo en nuestra provincia un incremento de 45% sobre la demanda asistencial actual en patología foniátrica. (Garrido et al., 1995, p. 237)

En la ciudad de Sao-Pablo (Brasil), de Andrade (1997) analiza una muestra de 125 niños de 1 a 11 años de edad, según la sintomatología específica, acerca de la prevalencia en "*Dificultades de Habla*" (articulación, voz y fluidez), "*Dificultades del Lenguaje Oral y Escrito*", de patologías lingüísticas de tipo miofuncional (movilidad, tono y postura) y neurovegetativo (succión, masticación y deglución).

Sus resultados muestran que los desordenes comunicativos constituyen un importante problema de salud y que - en este orden -, los problemas de articulación, los retrasos lingüísticos y las alteraciones miofuncionales son las que mayor prevalencia presentan constatando que, los desórdenes generales en la comunicación, afectan entre el 8 y 10% de la población: "...estimándose que esas tasas se duplican cuando se consideran también las patologías de manifestación secundaria" (de Andrade, 1997, p. 497)

Respecto a las alteraciones específicas del sistema miofuncional y neurovegetativo, encuentra una prevalencia del 14,7%, situándose la edad de mayor frecuencia de aparición en torno a los 8 años de edad.

Igualmente, sobre las dificultades de fluidez - tartamudez -, esta autora encuentra resultados similares a los aportados por la literatura científica de otros países (aproximadamente el 2,9%) y su edad de aparición sobre los 3 años de edad, pudiendo llegar a ser de tipo crónico en el 80% de los casos .

Un dato a resaltar es que De Andrade (1997) realiza un estudio comparativo entre las investigaciones estadounidense y las brasileñas, para comprobar la prevalencia de las dificultades comunicativas e, igualmente, comparar la diversidad de porcentajes de prevalencia respecto a las patologías fonoaudiológicas exclusivamente Primarias. De Andrade (1997) muestra que las *Dificultades de Articulación y del Lenguaje* son mayores en los estudios latinos, mientras que las de la *Fluidez* aparecen con mayor frecuencia en los estudios estadounidenses. Tal vez, estas diferencias de porcentajes en los diagnósticos, según el país, esté relacionado directamente con la fonética y fonología de ambos idiomas: Peralta et al. (1997) resaltan que, la estructura secuencial de los fonemas en sílabas y de la sílaba en

palabras, junto a su morfología crea diferencias en cuanto al rendimiento lector, pero tal vez, pueda influir también en la velocidad y ejecución articuladora dentro de la cadena hablada.

Estudios globales, más actualizados, como el de Petheram et al. (2001) revelan que, en 1987, la mayoría de niños tratados por dificultades de habla o lenguaje no tenían un diagnóstico especializado, y estaban recogidos bajo diagnósticos erróneos como "Retrasos de Articulación", para dificultades no relacionadas con problemas fonológicos, lo cual, puede influir directamente en el número de diagnósticos existente en cuanto a Retrasos de Habla o Lenguaje, así como la demanda de los servicios asistenciales médicos y educativos.

Respecto al porcentaje asistencial, Petheram et al. (2001) resaltan que diagnósticos como *Afasia, Disartrias y Disfagia (dificultad al tragar que se diferencia de la odinofagia porque no presenta dolor)* han aumentado su demanda en un 10% en la población atendida en 1995 debido, según sus investigadores, al incremento en la proporción de casos atendidos mayor de 70 años y al mayor reconocimiento de la labor de los especialistas. No obstante, ellos mismos destacan que la disminución importante observada en la población infantil, es difícil de explicar. Se cae en la especulación. Observaron asimismo un descenso en los casos de dificultades de aprendizaje.

No obstante, el estudio de Petheram et al. (2001) revela el notable incremento de derivaciones médicas a especialistas en *Retrasos del Habla y/o Lenguaje, Disfasia, Disglosias o Alteraciones de Voz* y que, asimismo, es debido al aumento de demanda asistencial por parte del entorno familiar: "*Entre 1987 y 1995, el número de pacientes con dificultades [simultáneas¹] en el habla/lenguaje y, alteraciones de voz se ha incrementado; exceptuando sólo aquellos con alteraciones exclusivas de la articulación y del lenguaje*" (Petheram et al., 2001, p. 519-520)

¹ El entrecorchado es nuestro

En general, encuentran una cierta consistencia - a lo largo de los 9 años de revisión - en la demanda de *Alteraciones del habla y del lenguaje*. La explicación a este hecho se relaciona con la edad temprana de consulta en la que, lógicamente, se presentan más peticiones. Para los mencionados investigadores, esta variación en la casuística de la patología del lenguaje debe repercutir tanto en "los servicios de planificación como en el proceso de formación" (Petheram et al., 2001, p.525) revelando la importancia de saber detectar y prevenir lo antes posible cualquier patología relacionada con el lenguaje o habla y, con ello, evitar las posibles secuelas negativas que conlleva.

Broomfield et al. (2004a), revisan nuevamente la literatura científica en patologías lingüísticas mostrando - tal y como se destacó previamente - que los resultados pueden estar sesgados por la falta de consenso diagnóstico e igualmente, aunque se cuenta con numerosos estudios epidemiológicos, apenas se realizan trabajos sobre su incidencia - casos nuevos por año - lo que daría una aproximación más real y actualizada a la casuística asistencial:

Las diferencias en la estimación de la prevalencia parecen estar relacionados con la clasificación de la discapacidad lingüística del habla. En contraste, no se han encontrado estudios sobre la Incidencia - el número de casos nuevos en un tiempo determinado - en la literatura. (Broomfield et al., 2004a, p. 305)

Desde esta situación, estos autores examinan la incidencia sanitaria de los Trastornos del Habla y del Lenguaje en áreas metropolitanas desfavorecidas social y culturalmente entre el año 1999 y principios del 2000. La presencia de casos nuevos o categorías diagnósticas se sitúa en este orden: "Dificultades de Habla (29,1%) seguido de Dificultades en el Lenguaje Receptivo (20,4%) y Dificultades del Lenguaje Expresivo (16,9%)" (Broomfield et al., 2004a, p. 311). Estos autores también subrayan el hecho de la alta relación entre el motivo de consulta referido

por el remitente (Asistentes Sociales, entorno familiar y/o escolar) y el diagnóstico final (aportado por el especialista).

Estos datos coinciden con los aportados por McLeod et al (2007) quienes observan en su estudio general sobre patología en el ámbito hospitalario, que aunque la prevalencia de las *Dificultades de Habla* es importante, ésta ha decrecido en la población infantil en los últimos años. Pero que si se centran en el ámbito escolar de Primaria (McKinnon et al., 2007) las patologías más comunes de observar son las *Dificultades de Habla, la Tartamudez y las Alteraciones de voz*. Este hecho puede ser debido a que, las dificultades articulatorias son recogidas principalmente en el ámbito escolar entre los 3 y 6 años, por profesionales especializados y ya no se deriva al entorno médico tal y como se hacía con anterioridad.

Estos mismos investigadores (McLeod et al., 2007) cuando centran la población de estudio al ámbito de Primaria y Secundaria - específicamente en las áreas de Necesidades Educativas de Aprendizaje relacionadas con el habla y lenguaje - encuentran que las más numerosas, en cuanto a la prevalencia, son por este orden: *Las Dificultades Específicas de Aprendizaje (cualquier dificultad relacionada con el lenguaje, matemáticas, razonamiento, memoria, atención, habilidades sociales... etc.)*, *las Dificultades de Habla y Lenguaje, el aprendizaje del inglés como segundo idioma - dentro de la población emigrante - y*, finalmente, *las Dificultades Conductuales y/o Emocionales*.

3.2.2.- RESULTADOS EN CUANTO A LA PREVALENCIA DE RETRASOS DEL LENGUAJE

De Andrade en 1997, en su estudio brasileño tal y como ella destaca, obtiene resultados compatibles con los estudios previos respecto a las dificultades lingüísticas. Encuentra una prevalencia del 21% siendo mayor su frecuencia de

aparición en edades tempranas. Estas dificultades del lenguaje no son claramente diferenciadas en ambos procesos resaltando tan solo que: *"En el caso de los sujetos evaluados, desde los 2 a los 6 años, principalmente fueron encontrados alteraciones de vocabulario, de estructura de la frase y del discurso y de la formulación de ideas"* (Ibíd., 1997, p. 499)

Dentro del ámbito inglés, Law et al. (2000) comentan, en su revisión de los estudios sobre la prevalencia de los Trastornos Primarios o Específicos en el lenguaje – no secundarios a otras patologías –, que la mayoría de los trabajos encuentran dificultades lingüísticas, entre un 5% y un 10% de la población general siendo: *"El retraso del lenguaje en ausencia de retrasos de habla el grupo más comúnmente identificado en los estudios incluidos en la presente revisión (...) sugiere un elevadísimo nivel de prevalencia de niños con problemas del lenguaje"* (Ibíd., p. 171)

Estos datos son similares a los mostrados previamente por TomblEn et al. (1997) quienes estiman una prevalencia del 7.4% en las Dificultades No Secundarias del Lenguaje. Broomfield et al. (2004a), O Busari et al. (2004) y, McLeod et al. (2007) igualmente, observan esta alta prevalencia en la casuística referida a Dificultades No Secundarias en el Habla y Lenguaje, en la población infantil.

Existen además líneas de investigación asentadas particularmente en la descripción de los procesos y, en los componentes deficitarios del lenguaje.

A) RESULTADOS SOBRE LOS PROCESOS COMPRENSIVOS/EXPRESIVOS:

El estudio realizado por Silva et al. (1983, 1987) muestra, sobre una población de 1139 niños de 3 a 7 años con Retrasos del Lenguaje no Secundarios, los siguientes aspectos:

1. La prevalencia de los retrasos tanto expresivos como comprensivos (Mixtos) desciende progresivamente con la edad (2.6% a los 3 años, 2.1% a los 5 y 2% a los 7 años).

2. La prevalencia de los retrasos expresivos es del 2,3% a los 3 años; el 4,3% a los 5 y el 2,8% a los 7.

3. Por el contrario, la prevalencia de los retrasos comprensivos el 2,6% a los 3 años, el 4% a los 5 años y el 3,6% a los 7.

Como puede observarse, las dificultades lingüísticas son más fácilmente detectadas a edades muy tempranas cuando afectan a ambos componentes, tal vez, porque las dificultades son más evidentes cuando son, exclusivamente, expresivas o comprensivas los mayores índices de prevalencia se encuentran en torno a los 5 años.

Posteriormente, el estudio español de Gorospe et al. (1990) analiza las dificultades del lenguaje, según el grado de afectación, en dos grandes bloques:

1. *Retrasos Leves del Lenguaje*: Aquellos que, generalmente, evolucionan de forma favorable y que son considerados como "Hablantes tardíos" (Mendoza, 2006) representan el 49% de los casos. Los autores observan que, más de la mitad de los retrasos lingüísticos simples - aproximadamente un 56 % -, son fundamentalmente expresivos, mientras que el 44% restante afectan tanto a la comprensión como a la expresión de forma simultánea.

Este tipo de retrasos afectan principalmente a los componentes sintáctico y/o fonológico acompañándose de dificultades leves o moderadas en la comprensión verbal.

2. *Retrasos Moderados/Graves o T.E.L.*: Se consideran como tal, aquellos que no evolucionan de forma favorable (Mendoza, 2006). Sus resultados muestran que el 89% de los casos presentaba alteraciones de tipo comprensivo-expresivo mientras que tan sólo el 11% mostraban alteraciones expresivas exclusivamente. Estos datos son comparables a los obtenidos por Archibald et al. en el año 2006, sobre Trastornos Específicos del Lenguaje (TEL), quienes corroboran dichas

aportaciones sobre la coexistencia entre procesos comprensivos y expresivos señalando que: *"La mayoría de los niños con SLI en este estudio tenían déficits mixtos receptivos y expresivos, mientras que un pequeño grupo tenía solamente déficit expresivo"* (Archibald et al., 2006, p. 7)

La fuerte discrepancia mostrada entre los retrasos simples y el TEL respecto a la afectación de los procesos puede estar relacionada con la propia naturaleza de los T.E.L cuyas alteraciones son más graves afectando a todos los componentes (Bishop et al., 1992, Aguado, 1999, Mendoza, 2006)

Como puede verse, cuando se afectan los dos procesos, comprensión y/ expresión, mas cualquiera de los componentes lingüísticos – fonología, semántica, sintaxis o pragmática, el pronóstico de evolución es más desfavorable. Este resultado es compatible con el estudio Law et al. (2000) quienes encuentran cierta relación entre el proceso lingüístico afectado y su pronóstico: *"los niños con retrasos de tipo comprensivo-expresivo tienden a presentar mayor persistencia del problema que los niños con dificultades expresivas únicamente"* (Ibíd., p.173) e igualmente *"presentan un cuadro clínico más evidente"* (Ibíd., p.180)

Posteriormente, Broomfield et al. (2004a) resaltan el hecho de las dificultades, tanto del habla como del lenguaje, raramente se presentan aisladas confirmando el estudio previo de Beitchman et al. (1986a) quienes encuentran mayores niveles de prevalencia conjunta de los Retrasos del Lenguaje y Retrasos de Habla (el 4,6% de los niños y niñas de 5 años de edad)

Igualmente, Broomfield et al. (2004a) observan una mayor presencia de dificultades lingüísticas expresivas-comprensivas cuando se afecta el vocabulario. Destacan además que: *"Mientras un niño puede tener un diagnóstico específico de lenguaje comprensivo, lenguaje expresivo o dificultad de habla, cada uno de ellos aparece raramente aislado"* (Ibíd.,p. 320).

Este hecho puede, por tanto, afectar a los resultados de prevalencia respecto al porcentaje de casos específicos de Habla y del Lenguaje analizados de forma aislada y precisa.

Se añade además que, la influencia de limitaciones socioafectivas en el desarrollo lingüístico del niño - referido a poblaciones con un alto nivel de deprivación social - influye con mayor frecuencia en los Retrasos del Lenguaje Receptivo-Expresivos, que en los Expresivos exclusivamente: *"Afectaba a niños con riesgo de presentar dificultades emocionales y conductuales particularmente cuando iniciaban la escolaridad"* (Broomfield et al., 2004a, p. 310).

B) RESULTADOS RELATIVOS A LOS COMPONENTES LINGÜÍSTICOS

- **COMPONENTE FONÉTICO-FONOLÓGICO**

Peralta et al. (1991) encuentran que es el componente lingüístico más afectado durante la etapa de Preescolar, por lo que son los niveles articulatorios del habla los de mayor frecuencia de aparición y, además, con menor persistencia.

Igualmente, destacan el hecho de que una pequeña parte de la muestra presentó una recuperación espontánea de estas dificultades en su paso del Ciclo Infantil al de Primaria: *"...la mayor parte de los sujetos que se recuperaron en este tiempo únicamente presentaban este tipo de trastorno"* (Peralta et al, 1991, p. 293)

- **COMPONENTE SEMÁNTICO-SINTÁCTICO**

Law et al. (2000) destacan el hecho de que, de forma general, estos retrasos son los más estudiados tanto en su evolución natural, como desde la intervención terapéutica, así como las implicaciones que tienen sobre el aprendizaje del lenguaje escrito.

- **COMPONENTE PRAGMÁTICO**

Igualmente Law et al. (2000) refieren que es el componente lingüístico menos estudiado: *“El único grupo importante que ha sido casi ignorado, completamente, en la revisión bibliográfica disponible, relativa a las alteraciones en el habla y lenguaje, son los niños con dificultades pragmáticas”* (Law et al., 2000, p. 180). No obstante, Broomfield et al. (2004), quienes analizan específicamente este componente, muestran que las complicaciones pragmáticas sí están presentes en la gran mayoría de niños con dificultades lingüísticas aunque, los estudios previos de prevalencia, no se hayan centrado en la pragmática:

Las dificultades pragmáticas son una complicación para casi la mitad de niños/as con dificultades comprensivas y más de una cuarta parte de niños/as con dificultades expresivas, sEn embargo existía una mínima complicación para quienes tenían dificultades de habla. (Broomfield et al., 2004, p. 321)

Su explicación sobre la ausencia de estudios estriba en que han podido ser tratados como problemas específicamente comunicativos de modo similar al *“Continuo Autístico”* (Frith, 1995). Archibald et al. (2006) confirman, igualmente, esta idea al destacar el hecho de que, las investigaciones sobre la evaluación y diferenciación del trastorno autista respecto al TEL, se apoyan más en la sintaxis (desde la repetición de frases) que en la pragmática del lenguaje.

Los resultados expuestos por Horwitz et al. (2003) sobre la prevalencia de retrasos lingüísticos en niños de 18 a 39 meses, destacan el valor predictivo de las dificultades pragmáticas para la

temprana identificación de los retrasos expresivos del lenguaje en esa temprana edad. Estos autores revelan que, las dificultades sociales y de atención (relacionadas esencialmente con el uso del lenguaje) se convierten en un posible factor crítico y predictivo que debe ser tenido se en cuenta. Por eso, el análisis pragmático, tanto de los aspectos comunicativos como lingüísticos, es fundamental también para el campo de la prevención:

Estos resultados sugieren que la escasa competencia social, mas que los problemas de conducta, pueden ser la correspondencia crítica al bajo nivel de desarrollo expresivo del lenguaje... Los retrasos expresivos del lenguaje son problemas comunes que parecen estar asociados con pobre competencia social y escasa capacidad de atención (Horwitz et al., 2003, p. 939).

C) RESULTADOS RELATIVOS A LOS RETRASOS LINGÜÍSTICOS SECUNDARIOS

El estudio más importante se realiza en nuestro país por Gorospe et al. en 1997. Los estudios sajones no analizan, en un mismo estudio general, las patologías no específicas o secundarias a otros trastornos. Estos autores analizan tanto las diferentes patologías Primarias como las Secundarias y, destacan que, estas últimas - en la mayoría de estudios -, no son identificados como factores determinantes en todos los casos, sino como resultado de la evolución de la patología principal. Esta idea también queda subrayada en el estudio del mismo año realizado por de Andrade. Los resultados muestran, respecto a los retrasos lingüísticos secundarios, que representan, aproximadamente, la mitad de los casos por los que se demanda atención en el ámbito médico foniátrico:

El 29% de los trastornos del desarrollo del lenguaje se asoció a patología neurológica (fundamentalmente encefalopatías), el 21% a patología otológica (hipoacusia de transmisión el 13,7% e hipoacusia neurosensorial el 7,7%) y el 24% a pacientes con nivel intelectual límite u oligofrenia. Globalmente, el 50% de los pacientes presentó alguna de estas alteraciones. (Gorospe et al., 1997, p. 45)

3.2.3.- RESULTADOS EN CUANTO A LA PREVALENCIA DE RETRASOS DEL HABLA

Una de las dificultades para estimar el porcentaje global de aparición, tal y como subrayan Law et al. (2000), son los resultados tan dispersos debido, tanto a la propia definición de las dificultades articulatorias, como a la limitación cronológica del retraso. Establecer cuándo una articulación imprecisa general se encuentra dentro de los patrones de normalidad y cuándo no "... *es probablemente reflejo de la dificultad en establecer los niveles en edades muy tempranas*" (Law et al., 2000, p.172)

Shriberg, TomblEn y McSweeny (1999), no obstante, estiman que a los 6 años se sitúa en torno al 3,8% - edad de finalización del cierre fonológico infantil -.

Law et al. (2000) exponen, como dato interesante, que no encuentran apenas estudios de prevalencia en niños menores de 5 años. Los resultados, en edades posteriores - 5, 6 y 7 años -, sitúan la media estimada de prevalencia y, dependiendo de los métodos utilizados para su identificación y diagnóstico, entre el 2,3% y 14,5%.

Estudios más recientes como el de Campbell et al. (2003) en niños y niñas de 3 años registran una prevalencia del 15,6% para las Dificultades del Habla. Estos

autores, a su vez, confirman también la presencia simultánea de dificultades lingüísticas y del habla en un porcentaje del 0.5% a la edad de los 6 años

En general, los estudios muestran la coexistencia de las dificultades del habla con las del lenguaje tal y como concluyen Broomfield et al. (2004a): *"Las dificultades del habla es una patología asociada a dos tercios de niños con dificultades [lingüísticas] comprensivas y más de la mitad de los niños con dificultades [lingüísticas] expresivas"* (Broomfield et al., 2004a, p. 320)

Igualmente matizan, desde criterios de gravedad, que los Trastornos del Habla se asocian, con mayor frecuencia, a las dificultades lingüísticas moderadas que a las de mayor gravedad: *"La proporción de niños con profundos niveles de severidad lingüísticas eran superiores en alteraciones receptivas pero menores en alteraciones del habla. La proporción de niños con retrasos moderados del lenguaje era alta para las dificultades de habla"* (Ibíd., 2004a, p. 314)

Estos datos, no obstante, son contradictorios con los encontrados por Gorospe et al. (1990) quienes muestran un perfil homogéneo en el que, la mayoría son pacientes con Retrasos de Habla que presentan un nivel lingüístico comprensivo normal (más del 97% de los casos) y, cuando esta alteración, era de carácter leve con una evolución favorable. Las limitaciones expresivas se limitan, entonces, fundamentalmente a: *"alteraciones a nivel fonológico y fonético; el nivel sintáctico, de estar alterado, lo está muy levemente"* (Gorospe et al., 1990, p. 43)

Este hecho, tal y como aclara Peralta (2001), puede ser debido a las diferencias lingüísticas entre ambos idiomas (inglés y español) por lo que afectaría a los resultados de prevalencia - especialmente por aspectos fonológicos en las dificultades de articulación así como a su implicación en el lenguaje escrito -. Igualmente, Peralta et al. (1991) observan la remisión espontánea de las dificultades de habla cuando son leves, más directamente relacionadas con patrones socioculturales, que los propiamente articulatorios:

Entre las edades de cinco años y medio, y seis años y medio, se produce la entrada espontánea en normalidad del 4% de los niños, los cuales, por fortuna, sólo presentaban un retraso simple, en bastantes ocasiones socioculturalmente determinado, de sus patrones de habla. (Peralta et al, 1991, p. 296)

En general, los estudios latinos (Bonet, 1986; Gorospe et al., 1990; de Andrade, 1997) encuentran que el mayor porcentaje de prevalencia respecto a las dificultades de habla se registra entre los 3 y 8 años.

3.2.4.- REPERCUSIONES DE LAS DIFICULTADES LINGÜÍSTICAS EN EL LENGUAJE ESCRITO

Peralta et al. (1991) analizan la población infantil que presentaba algún tipo de dificultad en el habla y/o lenguaje. Estos fueron valorados en Preescolar, 1º de EGB y 4º de EGB respectivamente, para comprobar los resultados posteriores en el aprendizaje de la lectura. Sus datos confirman los estudios anteriores sobre la relación entre el desarrollo lingüístico oral en edades tempranas y el aprendizaje del lenguaje escrito: *"También nuestros resultados apoyan el valor predictivo de los trastornos de la comunicación verbal detectados tempranamente"* (Peralta et al., 1991, p. 293)

Con todo, y como dato sorprendente, sus resultados en español - a diferencia de los estudios realizados en inglés - no corroboran la fuerte correlación existente entre la capacidad de análisis fonético y el posterior aprendizaje de la lectura y/o escritura:

Los trastornos de los componentes superficiales (fonética-fonología) del lenguaje oral en 1º de EGB., no discriminan el retraso posterior en

lectoescritura. En cambio, los aspectos evaluados en 1º e EGB que mejor predicen el rendimiento académico en 4º de EGB son el nivel intelectual global y las competencias lingüísticas más profundas: sintaxis y semántica. Esta conclusión está en desacuerdo con los estudios anglosajones que ponen el acento en los procesos de análisis fonético, pero presenta una alta concordancia con otras investigaciones del ámbito latino. (Peralta et al., 1991, p. 296)

Esta aparente contradicción, se explica desde las operaciones cognitivas y psicolingüísticas implicadas, por un lado en el reconocimiento y procesamiento fonológico de la palabra escrita, como en los implicados en el acceso a su significado (Alegría, 1985, 2006). En este sentido, tal vez la diferencia en cuanto al rendimiento lector, no se trate específicamente del reconocimiento lexical de la palabra escrita, sino del acceso al significado de las palabras leídas (semántica) y su relación con el resto de elementos de la frase (sintaxis) como proceso final de la lectura – entendida como comprensión lectora -.

Peralta et al. (1991) consideran las diferencias fonéticas entre el inglés y el español y, especialmente la distinta representación ortográfica en ambos idiomas para sus fonemas. Debe considerarse que, el español presenta una mayor equivalencia en la asociación grafema-fonema siendo su correspondencia más exacta y transparente -. En inglés, la asociación fonema-letra es menos transparente (existen, por ejemplo, varios sonidos para una misma vocal dependiendo de su posición en la palabra) creando por todo ello, diferencias notables en el procesamiento fonológico de la palabra oral y su posterior transformación en letra – el acceso al léxico – entre ambos idiomas.

El dominio de la capacidad de análisis fonético puede tener un peso diferente, algunos fenómenos observados en inglés, lengua de donde proceden buena parte de las investigaciones acerca de las dificultades de la

lectura, no se pueden aplicar estrictamente en nuestro medio latino (Peralta et al, 1991, p. 295)

Este es un hecho altamente relevante puesto que, los estudios de prevalencia sajones y españoles que relacionan desarrollo del lenguaje oral y aprendizaje del lenguaje escrito, no coinciden en cuanto a la importancia otorgada a las habilidades de análisis fonético-fonológico en la lectura de las palabras (Peralta et al., 1991). Por tanto, es destacable la necesidad de realizar más estudios de prevalencia, tal y como resaltan estos autores, especialmente desde dos facetas:

1. La relación del aprendizaje del lenguaje escrito con la conciencia fonológica establecido en relación con la fluidez lectora y,
2. La adquisición semántica y sintáctica en relación a la lectura comprensiva, establecido como comprensión lectora, donde no encuentran investigaciones específicas de prevalencia.

No obstante, Broomfield et al. (2004a) sí realizan un interesante estudio sobre la relación entre habilidades de metalenguaje, concretamente, la "*Conciencia Fonológica*" - capacidad de analizar los sonidos dentro de la palabra oral para poder escribir sEn errores - en presencia de dificultades en el habla o lenguaje. Sus resultados muestran que se ve afectada fundamentalmente y, por este orden, en:

1. Un 87% de los casos de Retraso Lingüístico Comprensivo,
2. Un 85% de los Expresivos y,
3. Un 74% de los del Habla.

De esta forma se podría afirmar - también desde los estudios de prevalencia - que los Retrasos del Lenguaje y del Habla afectan a la capacidad de análisis de los sonidos de la palabra (imprescindible para una correcta correspondencia entre

grafema y fonema del lenguaje escrito). Estos resultados validan y amplían el campo de estudio de investigaciones previas relacionadas con el tema de la implicación de la Conciencia Fonológica en los errores manifestados en el lenguaje escrito.

Por tanto, Broomfield et al. (2004a) plantean que este tipo de entrenamiento previo al aprendizaje del lenguaje escrito debe ejercitarse tanto en niños con dificultades de habla, como en aquellos con problemas del lenguaje puesto que, según mencionados investigadores, en este último apenas se interviene de forma preventiva: "*Los recientes entrenamientos focalizados en conciencia fonológica para las alteraciones de habla, pero no para el lenguaje, tienen que ser reconsiderados*" p. 321)

3.2.5.- RESULTADOS EN CUANTO A LA EDAD

En general, la prevalencia de las dificultades lingüísticas, de habla y voz varían claramente según la edad.

La mayoría de estudios, tanto en español como en inglés, reflejan un claro aumento de las dificultades lingüísticas y de habla entre los 2 y los 6 años y, muchos, tienden a resolverse espontáneamente cuando aparecen antes de los 3 años de edad (Beitchman et al., 1986b; Gorospe et al., 1990; Law et al., 2000; Bromfield et al., 2004a; O Busary et al., 2004). En palabras de Edwards, Cape, Foreman y Brown (1989), citado por Broomfield et al. (2004): "*Las dificultades de articulación y del lenguaje expresivo son más propensas a ser remitidas durante la edad escolar, sugiriendo que el nivel de referencias de los diversos diagnósticos varían con la edad*" (p. 306)

Asimismo, la mayoría de investigaciones sitúan el nivel máximo de prevalencia de las dificultades lingüísticas globales hasta la edad adolescente,

decreciendo y variando en cuanto a los diagnósticos, a medida que aumenta la edad de la población de estudio (Garrido et al., 1995; Petheram et al., 2001).

En nuestro entorno lingüístico, Bonet (1986) encuentra, tanto para desórdenes específicos como secundarios, que un porcentaje del 80% de pacientes en tratamiento logopédico están en la etapa escolar destacando asimismo que: "*La edad más frecuente (41.8%) corresponde a los pacientes de 6 a 10 años*" (Ibíd., 1986, p. 17). Es destacable el hecho de que sus resultados son diferentes a los encontrados por Beitchman et al. (1986b) en niños ingleses de 5 años, igualmente con desórdenes lingüísticos tanto primarios como secundarios del desarrollo, para los que establecen niveles de prevalencia alrededor del 12,6%.

Posteriormente, Gorospe et al. (1990) coinciden con Beitchman et al. (1986b) al encontrar que, el mayor número de consultas para los retrasos del habla y del lenguaje, se realiza desde los 3 a los 5 años, para ir decreciendo progresivamente y que, la edad de 1ª consulta, se relaciona directamente con la gravedad y el tipo de trastorno lingüístico:

Consultan antes los trastornos más graves, los que implican una alteración de la comprensión verbal y los asociados a alteración neurológica. La existencia de la patología neurológica parece ser el factor más decisivo en relación con la precocidad de la primera consulta. Así, el 37% de estos pacientes han consultado antes de los tres años... Lo mismo, pero de una forma menos marcada, sucede con la asociación de hipoacusia o deficiencia mental. (Gorospe et al., 1990, p. 42)

Peralta et al. (1991) encuentran que la prevalencia más alta de los retrasos en la comunicación verbal - el 14% - se encontraba en la población de niños preescolares (menores de 5 años): "*... presentaron dificultades en uno o varios aspectos del lenguaje oral explorados individualmente*" (Ibíd., 1991, p. 292). Nuevamente, vuelven a valorar la misma muestra a los 6 años de edad,

encontrando que: *"la frecuencia encontrada se reduce en un tercio, lo que vienen a significar que aproximadamente un 10% de los niños a esta edad presenta una puntuación baja en alguna de las pruebas de lenguaje aplicadas"* (p. 292)

Posteriormente, Garrido et al. (1995) analizan la muestra de estudios de edades comprendidas entre los 2 meses y los 93 años encontrando que, el grupo más frecuente de consulta respecto a la patología comunicativa general, se sitúa también entre los 5 y los 10 años (36,8%), dato coincidente, en líneas generales, con los citados anteriormente. En edades posteriores, registran un incremento notable a partir de los 15 años – siendo muy marcado entre los 30 y 45 – y, especialmente en mujeres por Disfonías, las cuales, casi se equiparan en número con los trastornos del desarrollo del lenguaje. El factor relevante para las Disfonías, sobre todo entre lo 15 y los 30 años, y referido por el propio paciente sería: *"el entorno de fEn de semana en ambientes ruidosos"* (Garrido et al., 1995, p. 230)

Dichos autores especifican además que, entre los 5 y 8 años:

La edad media de consulta de los Retrasos de Hable y los Retrasos del Lenguaje es de 5,5 años; de las Dislalias 7,6 años y de las Disfasias 8 años. Esta progresión se mantiene en uno y otro sexo, pero la consulta en los niños es ligeramente más precoz que en las niñas. (p. 237)

Respecto a la edad adulta, Garrido et al. (1995) comentan que, la edad media de primera consulta se sitúa en torno a los 55 años y se corresponde con patología afásica, encontrándose, en el caso de las Afasias Mixtas, una edad media de aparición más tardía para las mujeres (los 69 años para la mujer y los 55, 5 para el hombre)

De Andrade (1997), en su estudio brasileño hasta los 11 años de edad, encuentra que la fase crítica en la prevalencia de las alteraciones comunicativas generales, se encuentra entre los 3 y 8 años - en torno al 47% de la casuística estudiada -, decreciendo a partir de lo 9 y, situándose el mayor nivel de incidencia

entre los 4 y 5 años de edad: *"se puede percibir que es un desorden presente en todas las edades excepto por encima de los 9 años"* (de Andrade, 1997, p. 499)

Law et al. (2000), respecto a estudios anglosajones sobre retrasos lingüísticos o de habla primarios o específicos, sugieren que existen pocas referencias entre los 2 y 3 años, haciendo difícil juzgar si la prevalencia de estos decrece con la edad, o bien se estabiliza. Para ello, recomiendan por tanto, el uso de estudios longitudinales desde edades muy tempranas. No obstante, en la mayoría de los estudios de prevalencia, resaltan el notable incremento poblacional a edades muy tempranas – 3 años de edad –, especialmente si se emplean criterios de identificación más flexible para su diagnóstico, lo cual es muy evidente en los Retrasos del Lenguaje de tipo evolutivo.

Más recientemente, Horwitz et al. (2003) realizan un estudio longitudinal sobre la prevalencia de los retrasos lingüísticos expresivos en edades muy tempranas (antes de los 3 años) mostrando que, a los 2 años se sitúan aproximadamente el 13,5%, a los 2 años y medio el 15% y, entre los 2 y medio y los 3 años, sobre el 18% reflejando que van en claro aumento.

Respecto a los Retrasos de Habla (Articulación o Fluidez) Keating et al. (2001) observan el máximo nivel de prevalencia a los 5 años para los niños y, a los 3-4 años para las niñas.

No obstante, diversos autores (Dale, Price, Bishop y Plomin, 2003; Bromfield et al., 2004a) enfatizan que, las dificultades lingüísticas antes de los 3 años, son difíciles de detectar y diagnosticar adecuadamente debido, principalmente, a la remisión espontánea de algunos de estos casos: *"Una cuestión de importancia clínica considerable es cómo distinguir entre dificultades lingüísticas transitorias y permanentes en niños pequeños"* (Dale et al., 2003, p. 545) o debido a que, a pesar de que los retrasos están presentes ya desde los dos años de edad, la familia deja un cierto margen hasta una edad donde el niño debe presentar un patrón lingüístico similar al del adulto. Bromfield et al. (2004a) comentan al respecto, que las dificultades comprensivas – más difíciles de detectar- surgen con mayor

frecuencia en niños preescolares, y las expresivas – fácilmente observables- tanto en los muy pequeños como los de edad escolar. Esta idea también fue planteada, desde estudios latinos, por de Andrade (1997) quien encuentra que, entre el primer y segundo año de edad, la tasa de prevalencia es baja aunque creciente. Este hecho se explica por ser el periodo de adquisición de los patrones lingüísticos, o porque:

La progresión o déficit de esos aprendizajes pueden no ser prontamente observados, tanto por la familia como por los profesionales de salud y educación cercanos al niño. Esto lleva a considerar que la tasa encontrada puede ser real o puede estar encubriendo fallos de un diagnóstico precoz eficiente. (de Andrade, 1997, p. 498)

Por tanto, este aumento de las Dificultades de Habla en torno a los 3-6 años podría relacionarse con la circunstancia del ingreso escolar: *"Lo más destacado es el notable descenso entre los 2 y 3 años (...) y es destacable que aumenta a los 5 años"* (Law et al., 2000, p.171)

Llama la atención el hecho de que, el periodo comprendido entre la adquisición y manifestación de las primeras palabras y frases bien estructuradas, coincide con el inicio escolar donde, finalmente, las dificultades sí son detectadas con mayor claridad por comparación con el grupo, surgiendo por tanto, una mayor demanda de atención entre los 3 y 6 años dado que se *"incrementa el número de casos potenciales de retraso"* (Law et al., 2000, p.171).

McLeod et al. (2007) puntualizan que, dentro del ámbito escolar, el intervalo mayor de consulta se encuentra entre los 5 y 9 años. Resaltando que, muchos de ellos, inicialmente eran identificados, no por dificultades lingüísticas, sino por necesitar ayudas adicionales en el aprendizaje durante los primeros cursos escolares. Muestran que, en el entorno escolar, son las dificultades de aprendizaje, los trastornos en la comunicación y el bilingüismo (en ese orden) los de mayor

frecuencia de aparición y que estos, decrecen especialmente en el intervalo de edad de los 16- 18 años porque, posiblemente: "... el número de estudiantes que permanecen en la escuela disminuyó. Es probable que el abandono escolar aparezca en aquellos con niveles inferiores de éxito académico y posiblemente, con necesidades de aprendizaje adicionales" (p. 49).

Igualmente Law et al. (2000),, encuentran en su revisión, que no aparece un aumento general de la prevalencia de las dificultades lingüísticas más allá de los 30 años, coincidiendo dichos resultados con los aportados previamente por los estudios latinos en español o portugués. En este sentido, Bonet (1986) observa que tan sólo el 20% de los casos estudiados son mayores de 15 años, situándose el porcentaje de edad más frecuente en márgenes comprendidos entre los 16-20 y 21-40 años, mostrando ambos valores similares al 6% y, decreciendo posteriormente hasta casi el 2%, en mayores de 60 años. Este estancamiento podría ser explicado, bien por la remisión espontánea de la prevalencia – ya no se consulta –, o bien por la resolución de las dificultades lingüísticas.

Ruben (2000) y Law et al. (2000) muestran también valores similares de prevalencia en patología general situando, de mayor a menor, las dificultades del lenguaje, de la audición y voz y, del habla: "*El nivel general de prevalencia de los desórdenes de la comunicación puede estar en torno al 5 y 10% de la población*" (Ruben, 2000, p. 243). Este último, destaca además la pérdida de ingresos por desempleo que genera esta problemática lingüística en la economía estadounidense (unos 122.6 billones de dólares/año) así como las colosales pérdidas económicas generadas por los costes en atención médica, social y educativa: "*entre 154.3 y 186 billones por año, lo cual equivale del 2.5 al 3% del pronóstico del Producto Nacional Bruto del año 1999*" (Ruben, 2000, p. 244)

Por todo ello, respecto a la alta significación de los niveles de porcentajes de prevalencia, es importante destacar que los gobiernos deben tomar conciencia del hecho: "*una tasa de prevalencia de ese orden (4,19%) merece una preocupación*

especial por parte de los Organismos del Estado responsables de la salud y educación de un pueblo” (de Andrade, 1997, p. 500)

Más tarde, Petheram et al. (2001) ofrecen el único estudio de incidencia que aborda el ciclo vital completo con un amplio lapso temporal - entre 1987 y 1995 - exponiendo que, si bien es cierto que el número de consultas demandadas entre 0 y 30 años decrece a partir de los años 90 se evidencia, respecto a la edad, un clarísimo aumento a edades avanzadas (más de 71 años) y una disminución evidente de la prevalencia en retrasos del lenguaje a la edad de 5 años, respecto a otras edades: *“la edad patrón de referencia ha cambiado con un descenso en el número de niños muy pequeños y un incremento en el grupo de ancianos” (Petheram et al., 2001, p. 523)*

Este sería un dato novedoso y un tanto contradictorio con los estudios anteriores, puesto que todos inciden en la mayor prevalencia a edades tempranas y el decremento notable en edades avanzadas. La explicación ofrecida por estos autores, especialmente en cuanto al incremento en la población de mayores, sugiere que el trabajo de los terapeutas está siendo reconocido cada vez más desde patologías como la Afasia, Disartria y Disfagia.

Ha habido un incremento considerable en el número de pacientes que acuden por accidentes cerebro vasculares y esto puede ser asociado con el creciente reconocimiento del papel del terapeuta del habla y del lenguaje en el abordaje de estas condiciones (Petheram et al., 2001, p. 524)

SEn embargo, para el decremento de la población infantil, no encuentran argumentos claros: *“... es más difícil especular sobre las razones de la reducción de las referencias en jóvenes” (Ibíd., p. 523)* aunque puede ser, probablemente, por la

mejor detección y adecuado tratamiento de los retrasos tempranos del desarrollo del habla, lo que evitaría consultas a edades posteriores.

3.2.6.- RESULTADOS EN CUANTO AL SEXO

Es una de las variables más estudiadas, los resultados de las diferentes investigaciones sobre Retrasos de Habla y del Lenguaje son unánimes respecto a la mayor prevalencia en niños frente a las niñas (Bonet, 1986; Gorospe et al., 1995; de Andrade, 1997; TomblEn et al., 1997; Shriberg et al., 1999; Weindrich et al., 2000; Law et al., 2000; Petheram et al., 2001; Jennische y Sedin, 2003; Broomfield et al., 2004a; McKinnon et al., 2007 y McKinnon et al., 2007).

En los estudios latinos (Bonet, 1986; de Andrade, 1997 y Gorospe et al., 1995) se muestra la mayor presencia de pacientes en tratamiento logopédico pertenecientes al sexo masculino. En este sentido, Gorospe et al. (1995) muestran una relación de 2 mujeres por cada 3 hombres (2:3) en la patología del lenguaje y habla, excepto en la patología vocal, donde esta frecuencia de aparición es mayor para la mujer (6:4) - en todo caso sigue siendo mayor para el varón cuando es específicamente de tipo oncológico-: *"La mayor proporción de hombres se presenta en todos los grupos diagnósticos atendidos, salvo los trastornos de voz en los que la relación se invierte"* (Gorospe et al., 1995, p. 241)

Posteriormente, el estudio de TomblEn et al. (1997) registra una diferencia del 2% entre niños y niñas situando mayor nivel de prevalencia de las dificultades lingüísticas un 8% para niños, y un 6% para las niñas. Este resultado se confirma en la revisión de Law et al. (2000) quienes encuentran una ratio de 1,3:1 a 2,3:1 de niños frente a niñas. Estos datos también se confirman por Broomfield et al. (2004a) que destacan, además, que las dificultades lingüísticas en el género masculino son más severas que en el femenino: *"El setenta por ciento de todas las*

referencias eran varones, incluso la proporción de chicos era mucho mayor en las categorías diagnósticas lingüísticas que en las categorías de habla” (Broomfield et al., 2004a, p. 313)

Jennische et al. (2003) se centran en las repercusiones evolutivas del habla y lenguaje en niños prematuros con cuidados intensivos encontrando que las niñas presentan mejor desarrollo espontáneo del habla y del lenguaje donde queda reflejado el carácter biológico determinista en el desarrollo de las habilidades comunicativas.

McLeod et al. (2007) subrayan que sucede lo mismo respecto a las alteraciones emocionales y de conducta, estrechamente relacionadas con la aparición del lenguaje, y específicamente, con los trastornos de comunicación: *“Las ratios más elevadas de hombre:mujer son para dificultades de conducta/emocionales y para alteraciones en la comunicación” (p. 46)*

3.2.7.- RESULTADOS EN CUANTO AL NIVEL SOCIOECONÓMICO Y CULTURAL

Gorospe et al. (1990) muestran que el 21% de los casos con dificultades en el lenguaje, presentaba circunstancias socioculturales claramente desfavorables, resaltando el carácter leve del trastorno lingüístico que correlaciona significativamente con los resultados de algunas subpruebas de las Escalas Weschler (Vocabulario) *“El grupo de pacientes con circunstancias negativas en el medio socio-familiar, sEn otros factores asociados, se asoció con un porcentaje más elevado de trastornos leves (87% con retraso leve de habla o del lenguaje)” (Ibíd., p. 48)*

No obstante, no pueden encontrar una relación significativa entre las condiciones socio-familiares y la presencia de factores asociados al retraso lingüístico (patología neurológica, otológica o mental).

Bonet (1986) y Garrido et al. (1995) reflejan que, la demanda asistencial por estas dificultades, es notablemente mayor en el ámbito urbano que en el rural estando relacionado con *"la mejora asistencial en el ámbito urbano"* (Garrido et al., 1995, p. 236)

TomblEn et al. (1997a) y TomblEn et al. (1997b) igualmente, perfilan diferencias raciales y culturales en cuanto a la prevalencia asociada con la presencia e identificación temprana de alteraciones del habla o lenguaje. Dichos factores socioculturales se relacionan con el nivel educativo familiar – concretamente materno –, antecedentes paternos de problemas en el lenguaje y conocimiento, en el entorno sociofamiliar, de las dificultades lingüísticas: *"el aumento de prevalencia de presencia de antecedentes paternos de dificultades de habla o de aprendizaje estaba asociado con elevados riesgo de presencia de SLI, no obstante, esto no era evidente en las madres"* (TomblEn et al., 1997a, p. 336)

Law et al. (2000) observan ciertas discrepancias de resultados en algunos estudios, debido a la exclusión de niños con niveles de privación general o abandono experimental de la muestra. No obstante, encuentran la revisión de estudios, una ligera relación entre nivel socioeconómico y dificultades lingüísticas concluyendo que, desde esta discrepancia de conclusiones, *"el papel de la clase social es claramente una de las que necesita ser examinada con cuidado"* (Ibíd., p. 184)

Posteriormente, Keating et al., (2001) no aprecian relación entre el status socioeconómico y la presencia de alteraciones en el habla infantil. No obstante, Dale et al. (2003) al precisar la relación, ya no desde factores socioeconómicos sino desde el nivel educativo y laboral de sus progenitores, sí revelan una relación altamente significativa entre el desarrollo lingüístico del niño, especialmente

observaron que *"La asociación era consistentemente más fuerte para madres con mayores niveles educativos"* (Dale et al., 2003, p. 548)

Desde la misma orientación, Broomfield et al. (2004a) observan una alta correlación entre diagnóstico y nivel de gravedad en la privación sociocultural (bajo, medio, alto). Es decir, obtienen diferentes perfiles diagnósticos según el nivel social: *"La asociación entre categoría diagnóstico y status socioeconómico era significativa ($p > 0.04$), indicando que las diferentes clases sociales tienen diferentes perfiles entre las categorías diagnósticas"* (Broomfield et al., 2004a, p. 313)

De esta forma, sugieren que los niños con severos antecedentes de privación presentan mayores dificultades lingüísticas tanto expresivas como comprensivas; pero aquellos con abundante historial de antecedentes familiares con retrasos del lenguaje se reparten, de forma parecida, tanto en dificultades de habla como lingüísticas.

Más actualmente, McLeod et al. (2007) registran relaciones significativas entre necesidades educativas de aprendizaje y status social. En su estudio comprueban que hay mayor prevalencia respecto a dificultades emocionales y conductuales – incluidos discapacidad mental – en los estratos socioeconómicos más bajos, y mayores niveles de prevalencia de alteraciones de habla y lenguaje en los estratos socioeconómicos medio-alto.

Todo ello, muestra que las conclusiones del trabajo de Ruben (2000) sobre las repercusiones sociolaborales, cobran gran relevancia al apreciar relación entre las alteraciones comunicativas y la desventaja socio-económica. Los datos mostrados en las diferentes investigaciones sugieren que las personas con severas dificultades lingüísticas, son más propensos a encontrarse desempleados o con niveles sociales más bajos que personas con presencia de otras discapacidades:

Los desórdenes de comunicación - audición y habla - están relacionados con una tarifa de paro del 41.9 % comparado con el 29.5 % para la misma

población de edad de empleados sEn discapacidad en los Estados Unidos. Estas personas con desórdenes del habla, aunque menores en número, tiene la mayor tarifa de paro el 67.4 % para los que tienen dificultades en la transparencia del discurso y el 75.6 % para los que son incapaces de hablar con claridad. (Ruben, 2000, p. 243)

Esta situación, según Ruben (2000), ocasiona importantes costes económicos y sociales para el gobierno estadounidense convirtiéndose en el mayor reto para la salud pública en el siglo XXI: *"Nuestra preocupación principal, en términos focalizados sobre la salud pública y del cuidado del individuo para el próximo siglo son los trastornos de la comunicación"* (Ibíd., p.244)

De hecho, también sugiere que las sociedades actuales están más preparadas para la integración laboral de discapacitados físicos (con mayor o menor nivel de gravedad) que para la de personas con alteraciones lingüísticas. No obstante, esta afirmación debería ser objeto de estudio, desde estudios longitudinales referidos a las diversas patologías presentadas en la población infanto-juvenil y posterior capacidad sociolaboral.

3.2.8.- ANTECEDENTES FAMILIARES

Respecto a los antecedentes familiares de dificultades lingüísticas, Gorospe et al. (1990) muestran su asociación significativa con la presencia/ausencia de ésta: *"Los pacientes con antecedentes familiares presentan en un 70% retraso de habla o retraso leve del lenguaje"* (Gorospe et al., 1990, p. 48). Además, dentro del grupo de niños con dificultades lingüísticas con antecedentes familiares, hallaron que el 92% de ellos presentaban Retrasos Leves del Habla o del Lenguaje primarios, y tan sólo un 8% sufría retraso moderado o grave del lenguaje (TEL).

Estos datos, respecto a la relación entre presencia de antecedentes familiares y dificultades lingüísticas o de habla, son coincidentes con los aportados posteriormente por estudiosos como TomblEn et al. (1997a)

3.3.- CONCLUSIÓN SOBRE LOS RESULTADOS EPIDEMIOLÓGICOS INGLESES Y LATINOS

En general, los estudios realizados en diferentes idiomas muestran gran dificultad para aunar los resultados en conclusiones claras y definitivas. Como se ha podido observar en la exposición del capítulo, no todos los resultados coinciden, aunque se mantienen en márgenes aproximados. Esta circunstancia, tal y como queda reflejado al inicio del capítulo, se origina por la dificultad para unificar diagnósticos claros, encontrar muestras suficientemente amplias y representativas de la población de estudio, así como, la naturaleza cambiante de la propia patología (especialmente dificultades lingüísticas y de habla)

Por todo ello, se ofrece un apartado a modo de resumen, para la mejor comprensión global de los resultados ofrecidos por las investigaciones en diferentes idiomas que pueda servir como conclusión.

3.3.1.- RESULTADOS RESPECTO A LOS RETRASOS DEL HABLA Y LENGUAJE

La prevalencia de las alteraciones comunicativas – lingüísticas, habla y voz -, se sitúan en torno al 10% de la población general (Gorospe et al., 1990; Garrido et al., 1995; de Andrade, 1997; Law et al., 2000; McKinnon et al., 2007). Estos porcentajes disminuyen cuando se analizan, de forma aislada, los retrasos del habla

y/o lenguaje que puede situarse en márgenes comprendidos entre el 5 y el 10% (Beitchman et al., 1986a; TomblEn et al., 1997; Broomfield et al., 2004a)

Se observa igualmente, que la mayoría de estudios en patología general se centran fundamentalmente en Retrasos Primarios del Habla y/o del Lenguaje (Law et al., 2000) pero que existe una clara prevalencia de retrasos lingüísticos secundarios, que deben ser tenidos en cuenta por su alto porcentaje de demanda asistencial en el ámbito médico, y que puede observarse, desde casi el 50%, hasta el 7.4% de los casos de la población infantil según el estudio de que se trate (Gorospe et al., 1990; de Andrade, 1997; TomblEn et al., 1997; Broomfield et al., 2004a; O Busari et al., 2004; McLeod et al., 2007). Igualmente, la alta especialización de profesionales en patologías lingüísticas, así como la obtención de resultados positivos, hacen que, cada vez con mayor frecuencia, se produzcan derivaciones médicas desde Atención Primaria a este colectivo profesional (Petheram et al., 2001)

La demanda general en patología no viene exclusivamente del ámbito médico asistencial, sino que, tanto en el entorno educativo de escolarización Primaria como Secundaria se observan las mismas dificultades pero con porcentajes diferentes. Por ejemplo, las dificultades de Habla, la Tartamudez y las Alteraciones de voz son las patologías más comunes de observar en Primaria y, las relacionadas con el lenguaje escrito, adquisición de un 2º idioma o problemas emocionales y de conducta que influyen en el lenguaje las más observadas en secundaria (McKinnon et al. , 2007)

A) RESULTADOS DE HABLA DE CARÁCTER PRIMARIO

Respecto a las dificultades del habla de carácter primario, se observan resultados diferentes según la edad de estudio y el idioma en que se realiza:

1.- Los Retrasos de Habla se sitúan con mayor porcentaje entre los 3 y los 8 años de edad (Gorospe et al., 1997; Garrido et al., 1995; Law et al., 2000). Aunque apenas se cuenta con estudios en niños menores de 5 años (Law et al., 2000), se puede observar una alta prevalencia - el 15,6% - en niños de 3 años (Campbell et al., 2003). Posteriormente, entre los 5 y 7 años el margen de prevalencia se sitúa entre el 2,3% y 14,5% dependiendo de los métodos utilizados para su identificación y diagnóstico (Shriberg, TomblEn y McSweeny, 1999; Law et al., 2000).

2.- Igualmente se observa la coexistencia entre las dificultades del habla con las del lenguaje (Broomfield et al., 2004a; Gorospe et al., 1990) pero, con diferencia de resultados, según el idioma de estudios y la gravedad de las dificultades lingüísticas. Así, Broomfield et al. (2004a) destaca la mayor asociación entre dificultades lingüísticas comprensivas moderadas y existencia de dificultades del habla, mientras que Gorospe muestra un perfil homogéneo donde, la mayoría son pacientes con Retrasos de Habla que presentan un nivel lingüístico comprensivo normal (más del 97% de los casos) y, cuando esa dificultad es de carácter leve, presenta una evolución favorable.

3.- En edades preescolares, las dificultades de habla siguen siendo las de mayor frecuencia y más fáciles de detectar (Peralta et al., 1991)

B) RESULTADOS EN EL LENGUAJE DE CARÁCTER PRIMARIO

1.- Las investigaciones muestran que, generalmente, aparecen de forma aislada en un 11% de los casos (Law et al., 2000), pero que igualmente existe un porcentaje importante de prevalencia conjunta de los Retrasos del

Lenguaje y Retrasos de Habla del 4,6%, desde los 5 años de edad (Beitchman et al., 1986a; Broomfield et al., 2004a)

2.- Los componentes lingüísticos más estudiados son la semántica y la sintaxis, obviándose casi el componente pragmático sobre el que no existen casi estudios de prevalencia (Law et al., 2000). En este sentido, se destaca el hecho de que pueda ser debido más a un mal diagnóstico diferenciador entre autismo y TEL, tal y como resaltan Broomfield et al. (2004), o a que las investigaciones sobre la evaluación y diferenciación del trastorno autista, respecto al TEL, se apoyan más en la sintaxis (desde la repetición de frases) que en la pragmática del lenguaje (Archibald et al., 2006). En este sentido, es necesario advertir que, las deficiencias pragmáticas son comunes en todos los niños autistas y en los TEL expresivo-receptivo, cuando se entienden como capacidades sociales afectivas (miradas compartidas, dirección de la mirada sonrisa social...), pero cuando éstas son entendidas como "Atención Conjunta" o "Intersubjetividad Primaria" la diferenciación es muy clara (Mendoza, 2006), por lo que, tal vez, el error diagnóstico se deba al excesivo énfasis en la inadecuada evaluación desde la sintaxis. En este sentido, Mendoza (2006) aclara que habría que incidir más en la evaluación desde los componentes pragmáticos.

3.- No obstante, las dificultades pragmáticas del uso del lenguaje, ya no tanto alteraciones, son un importante factor crítico y predictivo para detectar posibles retrasos lingüísticos de tipo expresivos en edades muy tempranas (Horwitz et al., 2003)

4.- Las dificultades lingüísticas mixtas tienen mayor presencia cuando afecta al vocabulario (Beitchman et al., 1986a; Broomfield et al., 2004a)

5.- La mayoría de los estudios se centran exclusivamente en las dificultades lingüísticas pero no así, en sus repercusiones sobre la adquisición de la lectura y escritura siendo una necesidad actual pues, tanto el ámbito educativo como el médico, son los que recogen mayor demanda asistencial (de Andrade, 1997; Law et al., 2000)

3.3.2.- RELACIÓN LENGUAJE ORAL Y LENGUAJE ESCRITO

La dependencia del lenguaje escrito respecto de la competencia oral está claramente demostrada desde estudios de prevalencia longitudinales pero, en nuestro idioma, son deficitarios respecto a (Peralta et al., 1991):

- a) La relación entre el aprendizaje del lenguaje escrito y la conciencia fonológica desde estudios de prevalencia
- b) La adquisición semántica y sintáctica en relación a la lectura comprensiva donde no se encuentran investigaciones específicas de prevalencia

En el ámbito inglés, las diferentes investigaciones han demostrado la alta correlación significativa entre la capacidad para analizar los sonidos dentro de la palabra oral o "*Conciencia Fonológica*" y las dificultades lectoras. No obstante, el estudio en español de Peralta et al. (1991) destaca el papel relevante de la semántica y sintaxis como factores fundamentales para el rendimiento lector. Esta discrepancia, tal vez se deba a que el rendimiento lector, se entiende no como fluidez lectora, sino como comprensión debido a que lo evalúan en 1º de EGB – proceso final de aprendizaje de la lectura - y nuevamente, en 4º de EGB – cuando la lectura es la herramienta base para otros aprendizajes – basándose más en procesos comprensivos de alto nivel.

Los resultados de estas investigaciones, en general llevan a pensar que no sólo debe trabajarse la capacidad segmental en Retrasos de Habla, sino también ante

cualquier tipo de dificultad lingüística expresiva o comprensiva (Broomfield et al., 2004a). Este tipo de trabajos epidemiológicos, específicamente entre retrasos del lenguaje y rendimiento en la comprensión lectora no se han encontrado en el ámbito latino (Peralta, 2001)

3.3.3.- RESULTADOS RESPECTO A LA EDAD

Los resultados de los diferentes estudios acerca de la prevalencia de las dificultades lingüísticas, de habla y voz varían claramente según la edad debido a la naturaleza cambiante de las diferentes patologías según la edad (McLeod et al., 2007; Johnson, 2007)

Los estudios, desde ámbitos lingüísticos diferentes, confirman que, a medida que aumenta la edad de la población estudiada, la prevalencia de la casuística general decrece y varía respecto a los diagnósticos (Beitchman et al., 1986b; Gorospe et al., 1990; Garrido et al., 1995).

En esta línea, la mayoría de estudios sitúan un franja crítica entre los 3 y 10 años para las consultas relacionadas, con mayor porcentaje, con retrasos de habla y del lenguaje (Beitchman et al., 1986b; Gorospe et al., 1990; Garrido et al., 1995; de Andrade, 1997). Posteriormente, fundamentalmente entre los 15 y 30 años, se observa un notable aumento por Disfonías – especialmente en mujeres - y, finalmente decrecer hasta hallar ligeros picos de incremento alrededor de los 55 años por patologías afásicas (Garrido et al., 1995). Esta última idea también es recogida en estudios australianos de Incidencia donde, sí se observa el claro incremento asistencial en edades avanzadas (>71 años) pero, paradójicamente, se muestra una clara disminución de los retrasos del lenguaje hacia los 5 años (Petheram et al., 2001).

3.3.4.- RESULTADOS RESPECTO AL SEXO

Los resultados son unánimes en todos los idiomas de estudio. En ellos se observa la mayor prevalencia en niños frente a las niñas en cualquiera de las patologías estudiadas (Garrido et al., 1995; Gorospe et al., 1995; Beitchman et al., 1986a; de Andrade, 1997; Law et al., 2000; Broomfield et al., 2004a; a excepción de la patología vocal 2 mujeres por cada 3 hombres (2:3) (Gorospe et al., 1995)

3.3.5.- NIVEL SOCIOECONÓMICO Y CULTURAL

Tanto los estudios hispanos como anglosajones, destacan la relación existente entre las dificultades lingüísticas y las circunstancias socioculturales claramente desfavorables, aunque, este es un hecho que debe analizado con máximo rigor y cuidado (Law et al., 2000)

Respecto a los factores socioafectivos, los estudios en inglés revelan la alta implicación que tienen en el desarrollo lingüístico del niño – especialmente en alto nivel de deprivación social – influyendo con mayor frecuencia en los Retrasos del Lenguaje Mixtos que en los Expresivos exclusivamente (Beitchman et al., 1986a; Broomfield et al., 2004a).

El nivel sociocultural familiar, especialmente el materno, los antecedentes paternos de dificultades lingüísticas y, el conocimiento preciso de qué son las alteraciones comunicativas, inciden en la prevalencia de estas (TomblEn et al., 1997a; TomblEn et al., 1997b).

Respecto al status socioeconómico, el estudio anglosajón de McLeod et al. (2007) observa un mayor nivel de prevalencia de Alteraciones de Habla y Lenguaje en los estratos socioeconómicos medio-alto, frente a un nivel mayor de alteraciones conductuales y emocionales en los estratos más bajos. Los estudios españoles, no

obstante, contradicen dichos hallazgos mostrando mayores porcentajes de dificultades lingüísticas y comunicativas en los ámbitos más desfavorecidos.

Igualmente, los estudios españoles de Bonet (1986) y Garrido et al. (1995) muestran una mayor demanda asistencial en el ámbito urbano frente al rural aunque, las necesidades asistenciales también sean necesarias en este último. Por tanto, demanda asistencial y atención terapéutica, en ocasiones no siempre van relacionadas oportunamente generando con ello una demanda asistencial en la población general falseada si se entiende que los datos de prevalencia en el ámbito rural son inexistentes. Los resultados aportados por Law et al. (2000) en su revisión confirman este mismo hecho en el ámbito internacional: prevalencia y demanda no son equivalentes en los contextos rural y urbano.

3.3.6.- ANTECEDENTES FAMILIARES

Se observa, tanto en los estudios anglosajones como latinos, la relación existente entre familiares con alteraciones lingüísticas y la presencia de dificultades en el habla o en el lenguaje (TomblEn et al., 1997a, Gorospe et al., 1990; Garrido et al., 1995). En este sentido, la existencia de abundantes antecedentes familiares no diferencia entre una mayor presencia de dificultades de habla o lingüísticas (Broomfield et al., 2004a)

Finalmente y para terminar el presente capítulo de Tesis, se resalta la necesidad de generar estudios de cohortes longitudinales, ante la diversidad de datos recogidos en las investigaciones desde diferentes ámbitos lingüísticos - tanto en el ámbito médico como educativo - para valorar la relación de la evolución de las distintas patologías con el tiempo y comparar, tanto los resultados de la Prevalencia como de la Incidencia, y mejorar con ello la comprensión de las dificultades lingüísticas, del habla y/o voz tal y como destacan Law et al. (2000)

Del mismo modo es necesario destacar que, en nuestro país, no contamos con macroestudios suficientes que reflejen la Prevalencia e Incidencia de las alteraciones lingüísticas teniendo en cuenta que:

Según el avance de resultados de la Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud (1999), en España habría 3.528.221 personas con alguna discapacidad o con limitaciones que han causado o pueden llegar a causar discapacidades... un 9% de la población total. (Jiménez, 2003, p.10)

De esta encuesta sobre la prevalencia de las discapacidades en nuestro país no se han estudiado, específicamente, las relativas a menores de 6 años - 49.577 niños - *"sino las limitaciones que les han causado o pueden llegar a causarles"* (*Ibíd.*, p.10). Limitaciones centradas en el acceso al mundo laboral o en actividades relacionadas con la autonomía y vida diaria, especialmente en patologías secundarias, pero no en las de tipo lingüístico que, como se expuso en capítulos anteriores se relacionan directamente con el acceso al mundo sociolaboral y cultural. Se debe tener en cuenta además, que el desarrollo del lenguaje y habla así como la mayoría de sus patologías, se producen precisamente, en este periodo evolutivo - de 0 a 6 años - no habiéndose estudiado de forma específica las alteraciones de habla y lenguaje en las patologías de carácter secundario.

PARTE II: ESTUDIO NO PARAMÉTRICO

**CAPÍTULO IV.- APROXIMACIÓN A LOS ESTUDIOS
EPIDEMIOLÓGICOS**

**CAPÍTULO V.- METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN NO
PARAMÉTRICA**

CAPÍTULO IV

APROXIMACIÓN A LOS ESTUDIOS EPIDEMIOLÓGICOS

CAPÍTULO IV: APROXIMACIÓN A LOS ESTUDIOS EPIDEMIOLÓGICOS

4.1.- DEFINICIÓN DE EPIDEMIOLOGÍA

4.2.- CLASIFICACIÓN DE LOS DISEÑOS DE INVESTIGACIÓN EN EPIDEMIOLOGÍA

4.2.1.- Estudios No Experimentales o Descriptivos Observacionales

A. Estudios ecológicos

B. De un caso o de serie de casos

C. Estudios transversales

4.2.2.- Estudios Cuasiexperimentales o Analítico Observacional

A. Estudio de casos y controles

B. Estudio de cohortes

4.2.3.- Estudios Experimentales o Analítico Experimental

4.3.- MEDIDAS DE FRECUENCIA: PREVALENCIA E INCIDENCIA

4.3.1.- Medidas absolutas y medidas relativas

4.3.2.- Cocientes utilizados en epidemiología

A. Razón

B. Proporción

C. Odds

D. Tasa

4.3.3.- Medidas de morbilidad

A. Medidas de Incidencia

B. Medidas de Prevalencia

C. Medidas de Seguimiento

*4.4.- ERRORES DE MEDICIÓN Y SESGOS. LA FIABILIDAD
Y VALIDEZ DE LOS ESTUDIOS EPIDEMIOLÓGICOS*

4.4.1.- Error Aleatorio

4.4.2.- Error Sistemático

A. Sesgo de selección

B. Sesgo de información u observación

4.1.- DEFINICIÓN DE EPIDEMIOLOGÍA

En el presente capítulo se expone una descripción y revisión teórica de los principales tipos de estudios epidemiológicos, para una mejor valoración y análisis de los datos que se expondrán en capítulos posteriores.

Se destacan exclusivamente los más importantes y de mayor frecuencia de uso en estas investigaciones de tipo clínico, puesto que en ellos, se encuadra la presente tesis doctoral: *un estudio de la prevalencia sobre las diferentes dificultades lingüísticas generales mediante porcentajes.*

Para presentar este tipo de estudios, la Enciclopedia Universal Ilustrada Espasa-Calpe (1996) define la epidemiología como:

Epidemiología: de epidemia (epi- sobre; démos- pueblo) y logos (tratado). Ciencia que investiga las causas y naturaleza de las epidemias. Enfermedad que aflige por algún tiempo a una población o comarca, atacando simultáneamente a muchas personas, y propagándose por la comunicación o contacto juntamente con la causa de que provienen (Ibíd., p. 275)

No obstante, el origen del término "epidemiología" se sitúa en la Grecia clásica, cuando Hipócrates de Cos (año 460 a.C.) - filósofo considerado como el padre de la medicina -, lo refiere por primera vez en sus escritos sobre "*Epidemias I y III*" para la explicación de las enfermedades, así como sus diversas sintomatologías: "*En la constitución esta durante el invierno comenzaron hemiplejias que aquejaban a muchos y alguno de ellos morían rápidamente; pues por otra parte la enfermedad era epidémica*" (Hipócrates, s. V a.c; p.419); "*Las enfermedades epidémicas eran estas...*" (Hipócrates, s. V a.c; p. 459); "*pero*

también fueron epidémicos otros muchos tipo de fiebres” (Hipócrates, s. V a.c; p. 464)

Posteriormente, en la Era Moderna, pioneros como Pasteur (creador de la vacuna contra enfermedades infecciosas como la rabia) o Koch (descubridor del bacilo originario de la tuberculosis y estudioso de la enfermedad del cólera), junto al ovetense Gaspar Casal (quien realiza el primer estudio epidemiológico en 1730 sobre la Pelagra - insuficiencia de vitamina B -), contribuyen con sus trabajos en los inicios de lo que serán, finalmente, las bases de la epidemiología como disciplina científica-social para analizar la relación entre la enfermedad y sus posibles antecedentes.

Dentro de la comunidad científica, no obstante, se considera al londinense John Graunt como el fundador de la epidemiología moderna cuando realiza de forma detallada, la rutina de recogida y análisis de datos sobre nacimientos y defunciones (Lubker, 1997). Finalmente, no es hasta después de la Segunda Guerra Mundial cuando se produce el gran auge de los estudios epidemiológicos - focalizado en Estados Unidos - al investigarse las enfermedades cardiovasculares, hábitos de fumar y su relación con la salud, estudios sobre el cáncer, SIDA... (Rothman, 1987).

Dentro de las diferentes definiciones, Cole (1979) citado por Rothman (1987) describe la epidemiología de una forma muy sucinta, al explicarlo como el estudio de la presencia de procesos patológicos o enfermedades. Este tipo de estudio epidemiológico se diferencia de otras disciplinas que también abordan las enfermedades en que, la epidemiología, se asienta en el análisis de la concurrencia de dicho fenómeno patológico en una sociedad concreta (Rothman, 1987). Es decir, se trataría de cuantificar la aparición de un fenómeno patológico dentro de una población; en palabras de De Irala, (2004): *"La epidemiología estudia la enfermedad como un fenómeno de masas; desde el punto de vista de la relación*

entre la enfermedad, el tiempo y el espacio y puede dar lugar a varios niveles” (Ibíd., p. 114)

No obstante, existen algunos conceptos incluidos dentro de los estudios epidemiológicos que necesitan aclararse previamente para su diferenciación terminológica como son:

- A) Enfermedad esporádica: Incidencia de casos sEn ninguna continuidad en el tiempo y espacio
- B) Endemia: Cuando la presencia del hecho patológico es habitual; es decir, afecta a una determinada población durante un amplio lapso de tiempo *“ilimitado en el tiempo y limitado en el espacio” (Icart, 2000; p. 99)*
- C) Hiperendemia: Cuando la endemia es intensa y persistente en el tiempo
- D) Epidemia: La aparición de una serie de eventos patológicos como fenómeno muy preciso y que surge en unas circunstancias espacio-temporales muy limitadas. Presenta: *“características comparables y en un número claramente superior al esperado, en un tiempo y lugar determinados” (Icart., 2000; p. 99).*
- E) Brote epidémico: Incremento de la incidencia de una enfermedad en un lugar localizado muy concreto (ciudad, pueblo...).
- F) Pandemia: Cuando el hecho patológico o enfermedad afecta a una población en un área geográfica amplísima, puede afectar a diversos países o incluso continentes.

Si nos situamos en el campo de la comunicación humana, estos estudios son muy escasos, tal y como se destacó en el capítulo anterior. Lubker (1997), uno de los pioneros en destacar la importancia de dichos estudios en la comunicación humana y su problemática, resalta el hecho de que la epidemiología, como ciencia de la salud, es el complemento esencial para la experimentación básica y la clínica

científica en la patología del habla/lenguaje y audición. Plantea, entonces, una cuestión necesaria y altamente novedosa:

¿Por qué los profesionales de la comunicación necesitan conocimientos acerca de la epidemiología? (...) La epidemiología se presenta no como un formulario esotérico con una utilidad clínica limitada, sino como una ciencia que puede ayudar a los patólogos y audiólogos del habla y lenguaje a predecir y pronosticar por donde vendrá su población, necesitará cambiar como servicio y adiestramiento, y como un complemento a la ciencia experimental y clínica. (Lubker, 1997, p. 251)

Es decir, la epidemiología como herramienta de estudio en las dificultades lingüísticas generales, necesita ser tomada en cuenta como una metodología más de investigación, por la relevancia e implicación que tiene dentro del campo de la salud.

Según el mismo autor, los principios y métodos epidemiológicos más adecuados en el terreno de las alteraciones comunicativas pueden ser los "*Estudios de Casos y Controles o Retrospectivos*", los "*Estudios de Cohortes o Longitudinales*" –considerados esenciales – y los de "*Ensayo Clínico*" – que se consideran más efectivos en la comprobación de la eficacia de los tratamientos. De estos se hablará en el apartado 4.2, referido a los diferentes diseños de investigación epidemiológica.

Finalmente, es necesario destacar que, en la realización de los estudios epidemiológicos, se presentan diferentes fases que ofrecen una cierta circularidad en el método y planteamiento de trabajo denominada "*Ciclo de los estudios epidemiológicos*" o "*Estudios Generadores de Hipótesis*" (Mausner et al. 1985) citado por de Irala et al. (2004). Este ciclo se realiza mediante tres fases explicadas

a continuación: *Estudio Descriptivo, Formulación de Hipótesis* y, finalmente, realización de *Estudios Experimentales*.

FASE I: ESTUDIO DESCRIPTIVO

Inicialmente, el investigador se centra en la observación del fenómeno desde una posición pasiva o "de espectador". Así, los datos obtenidos se intentan explicar mediante la estructuración ordenada de la información. De esta manera, se observa la realidad y se recoge la información como un experimento "natural" sEn manipulación de ningún tipo de variable, de los que únicamente se describen. Este tipo de trabajos se denominan "***Estudios epidemiológicos descriptivos u observacionales***".

FASE II: FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS

Cuando se dispone de suficiente evidencia epidemiológica desde los datos recogidos, se crea una hipótesis de trabajo que debe someterse a prueba - verificación de hipótesis -. Se realiza desde un diseño de investigación específico que establezca la validez o no de la hipótesis planteada. Este segundo nivel de análisis es reconocido en el lenguaje epidemiológico como "*Estudios de Carácter Analítico*" y sus diseños de investigación se reconocen como "***Estudios Epidemiológicos Analíticos***". La característica fundamental es que las hipótesis son generadas por el investigador y no por el resultado de los datos disponibles. Por tanto, se trata de investigaciones programadas de antemano para aceptar o rechazar hipótesis y con ello, crear otras nuevas para futuras investigaciones descriptivas o analíticas (de Irala et al., 2004).

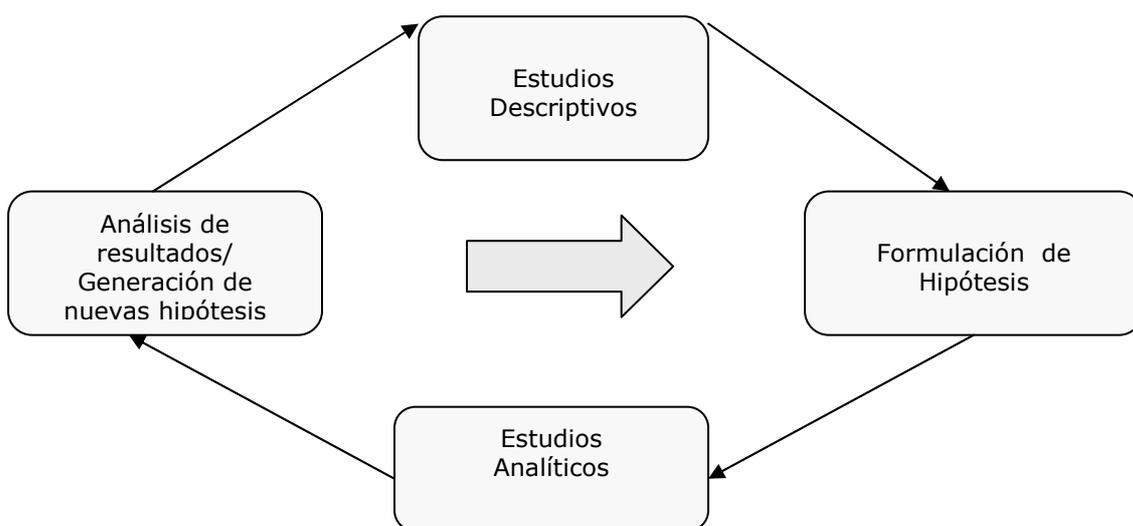
FASE III: CREACIÓN DE ESTUDIOS EXPERIMENTALES

En estos se analizan los resultados mediante el planteamiento de hipótesis desde grupos experimentales y grupos de control. Los resultados ofrecerán nuevos planteamientos descriptivos iniciándose de nuevo este "Ciclo Generador de

Hipótesis". Son los denominados "**Estudios de Ensayo Clínico**"

Los "*Estudios Generadores de Hipótesis*" representan la lógica circular del pensamiento epidemiológico y del ciclo investigador que lo caracteriza (Rothman, 1987) tal y como se muestra en la figura 7:

Fig. 7: Ciclo de los Estudios Epidemiológicos (Irala-Estévez et al., 2004)



Estas hipótesis de trabajo circulares pueden abordarse desde diferentes diseños de investigación epidemiológica tal y como se reflejan en la tabla 11:

Tabla 11: Diseños de investigación epidemiológicos (Irala et al., 2004)

FASE INVESTIGACIÓN	DISEÑO DEL ESTUDIO
1º) <i>Identificación, definición y descripción del problema</i>	<i>Observacional, descriptivo</i>
2º) <i>Identificación de asociaciones epidemiológicas. Identificación de sus valores estadísticos y verificación y control de errores de sesgo</i>	<i>Observacional, de prevalencia, de casos y controles. Prospectivos no experimentales</i>
3º) <i>Establecimiento de criterios de causalidad</i>	<i>Experimentales de Ensayo clínico controlado, Ensayo Comunitario Cuasi-Experimental</i>

4.2.- CLASIFICACIÓN DE LOS DISEÑOS DE INVESTIGACIÓN EN EPIDEMIOLOGÍA

En este apartado se presenta una revisión abreviada del diseño de este tipo de estudios, puesto que profundizar en cada uno de éstos equivaldría a la realización de un capítulo demasiado extenso, que saldría fuera del objetivo de la presente Tesis. No obstante, si creemos oportuno contextualizar y explicar aquellos términos y clasificaciones más importantes que han sido aplicadas al diseño de investigación del presente trabajo doctoral.

Clásicamente, los estudios epidemiológicos se dividen en "*Experimentales*" – donde existe una manipulación de la situación a la que se expone la población de estudio –, "*No experimentales*" – en los que no existe manipulación de la situación – y "*Cuasi-experimentales*" – donde hay manipulación pero no aleatorización de la muestra – (Pita, 1995).

A) ESTUDIOS "NO EXPERIMENTALES O DESCRIPTIVOS": describen la frecuencia y características más importantes de un problema sanitario dentro de una población. Estos estudios observacionales se dividen en:

1.- Estudios Ecológicos: describen una enfermedad en relación a diferentes variables dentro de una misma población, por ejemplo, la relación entre el tabaquismo y cáncer. Su desventaja es que no se puede estudiar a nivel individual

2.- Estudios de Series de casos: describen las características de uno o varios pacientes afectados con la misma enfermedad. Generalmente se describe una característica específica de ésta para generar nuevas hipótesis desde los resultados encontrados.

3- Estudios de Prevalencia: denominados también "*Transversales*". Estudian la exposición de una población bien definida a una enfermedad específica.

B) ESTUDIOS "CUASIEXPERIMENTALES O ANALÍTICOS": aquellos estudios en los que se realiza el seguimiento de casos – de tipo longitudinal - sEn intervención experimental alguna. Pita (1995) los divide a su vez en:

1.- Estudios de Casos y Controles: compara una población afectada de una enfermedad, con otra de control que no la tiene, para analizar los diferentes factores de exposición que lleva a la aparición o no de dicha patología. La medida a emplear para el estudio se denomina Odds Ratio

2.- Estudios de Cohortes o de Seguimiento: analiza la "exposición" o "no exposición" a un agente patógeno en dos grupos donde nadie padece dicha enfermedad. Si el número de enfermos aumenta en el grupo de los expuestos se puede decir que existe asociación entre la variable a la que han sido expuestos y la enfermedad.

C) ESTUDIOS "EXPERIMENTALES": en los que se manipulan las condiciones de investigación mediante el establecimiento de grupos de control y de experimentación para establecer relaciones de causalidad entre las variables manipuladas y sus efectos. Suelen utilizarse para establecer la eficacia de determinadas medidas terapéuticas por lo que pueden ser considerados por tanto, de tipo Preventivo (prevención primaria) o Terapéuticos (prevención secundaria). Pueden clasificarse a su vez, en estudios de:

1.- Ensayo Clínico: evalúa los diferentes tratamientos aplicados a una población enferma, su carácter ético es imprescindible.

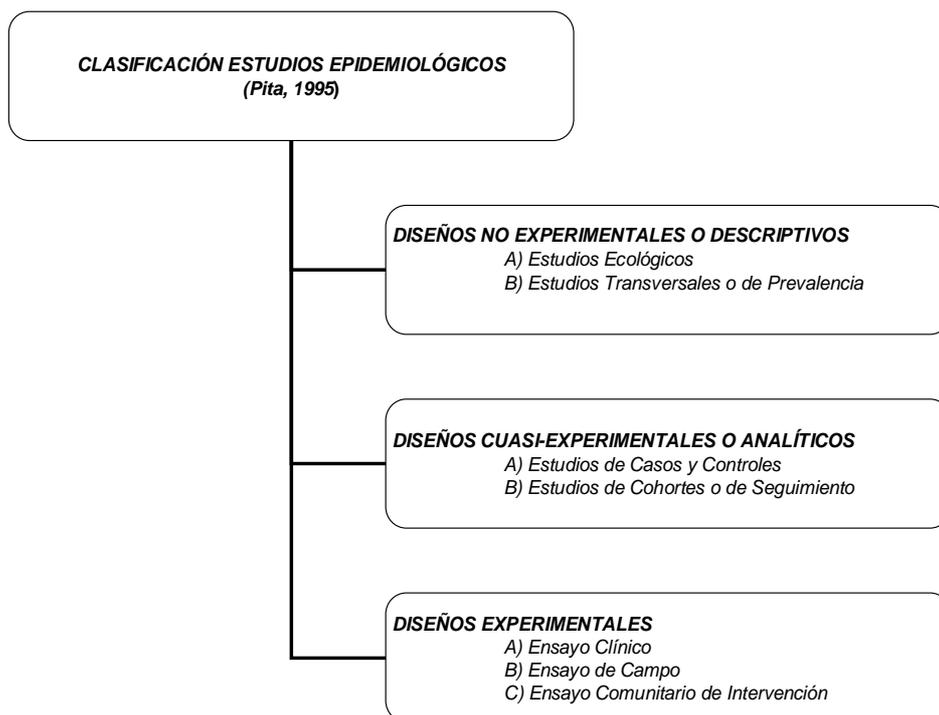
2.- Ensayo de Campo: evalúa la eficacia de tratamientos preventivos a poblaciones de riesgo pero que no están enfermas (vacunas...)

3.- Ensayo Comunitario: son intervenciones sobre poblaciones amplias, donde una parte recibe tratamiento – grupo experimental - y otra no –

grupos de control - son, por tanto, diseños cuasi-experimentales en los que no existe aleatorización de los grupos.

Esta clasificación de Pita (1995) sobre los estudios epidemiológicos puede verse en la figura 8:

Fig. 8: Criterios clasificación de los estudios epidemiológicos (Pita, 1995)



Posteriormente, de Irala et al., (2004) amplían esta clasificación tradicional de los diferentes estudios en epidemiología en base a la muestra a la que representan (ver figura 9) según las pautas ofrecidas por Pita en 1995:

A) ESTUDIOS DESCRIPTIVOS OBSERVACIONALES: equivalen a los estudios No Experimentales O Descriptivos de Pita (1995)

1.- Observacional Individuales

- a) *Estudios de un Caso*
- b) *Serie de Casos*
- c) *Transversales o Prevalencia*

2.- *Observacional Poblacionales*

B) ESTUDIOS ANALÍTICOS OBSERVACIONALES: equivalen a los estudios Cuasi-Experimentales o Analíticos de Pita (1995)

1.- *"Estudios de Casos y Controles"*

2.- *"Estudios de Cohortes o de Seguimiento"*

C) ESTUDIOS ANALÍTICOS EXPERIMENTALES: equivalen a los estudios Experimentales de Pita (1995)

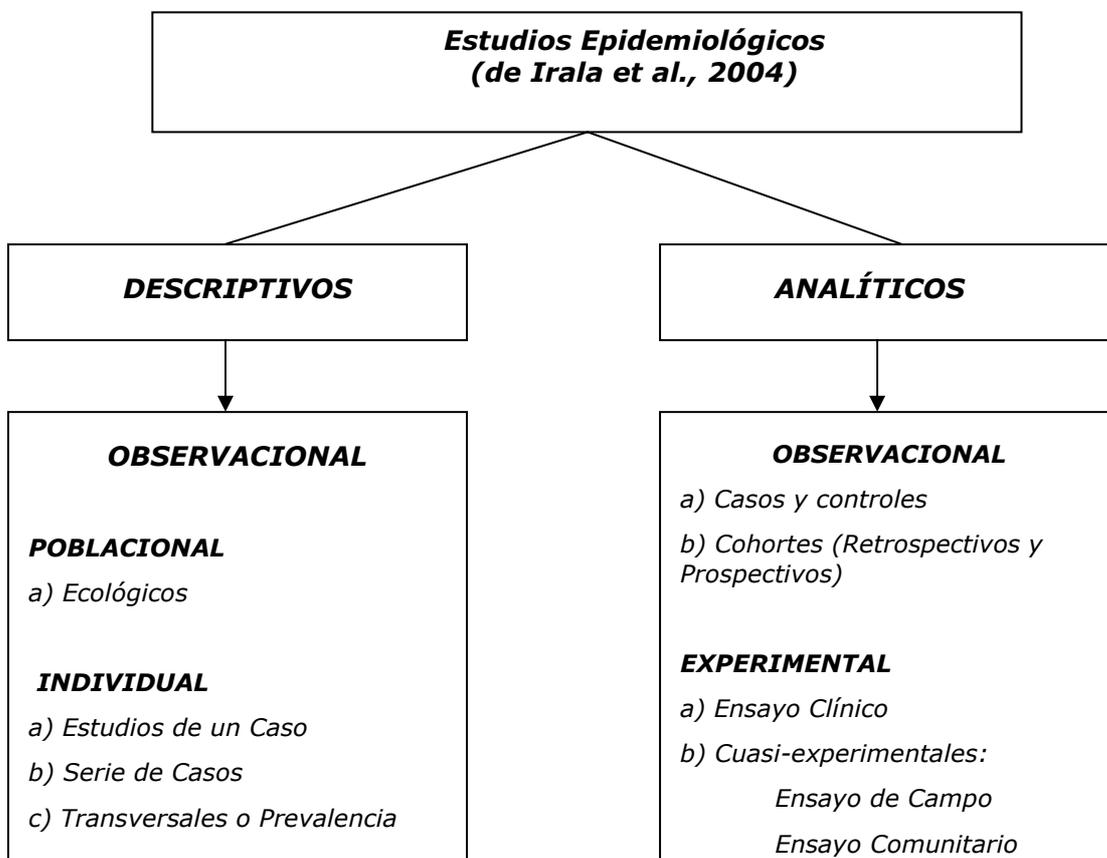
1.- *"Ensayo clínico"*

2.- *"Cuasi-experimentales"*

a) *Ensayo de Campo*

b) *Ensayo Comunitario*

FIG. 9: Criterios clasificación de los estudios epidemiológicos (de Irala et al., 2004)



Por ser más actualizadas, se describen, los principales tipos de investigación desde el modelo clasificatorio presentado por

4.2.1.- ESTUDIOS NO EXPERIMENTALES O DESCRIPTIVOS OBSERVACIONALES (Irala et al., 2004):

En este tipo de estudios se describen la frecuencia y las características más importantes de un problema de salud (Pita, 1995). Se analizan situaciones que suceden de forma natural *sEn ningún tipo de intervención o manipulación* de esas condiciones de estudio. Un ejemplo puede ser el registro de accidentes de tráfico que suceden durante los fines de semana.

Tienen como finalidad el estudio y cuantificación las características generales de una población (edad, sexo, estado civil, profesión...) así como su distribución geográfica (lugar donde se produce) y temporal (días, meses, años donde aparece) (de Irala et al., 2004)

Por definición, son diseñados para describir las características y distribución de variables, *sEn establecer hipótesis causales sobre lo observado*. *SEn embargo su valor se asienta en que de estos estudios se derivan frecuentemente hipótesis de trabajo para ser verificadas posteriormente (como se expuso en el Ciclo de Estudios Epidemiológicos).*

La información obtenida desde estos estudios se considera esencial para la administración sanitaria – identifica los grupos poblacionales más sensibles y toma así las medidas pertinentes -, e igualmente para epidemiólogos y clínicos – de cara a iniciar investigaciones futuras y factores de riesgo – (Kelsey, Thompson y Evans, 1986; Hennekens y Buring, 1987).

Los principales tipos de estudios descriptivos son: los estudios *ecológicos*, los estudios *de un caso o de series de casos* y los *transversales o de prevalencia* (Pita, 1995; de Irala et al., (2004) que se describen a continuación

A) ESTUDIOS ECOLÓGICOS

Son estudios de correlación donde se describe la frecuencia de aparición de una enfermedad en la población expuesta a un factor de riesgo. Por ejemplo, el consumo de tabaco en determinadas edades y la presencia de enfermedades coronarias posteriores: *"Sugieren la posible existencia de una relación causal. Sirven para generar hipótesis de trabajo para futuras investigaciones sobre la enfermedad o fenómeno de interés."* (de Irala et al., 2004, p. 180)

Su gran ventaja reside en que se realizan muy rápidamente, prácticamente sEn coste y con información que suele estar disponible. Son de gran utilidad cuando la población estudiada es muy uniforme en cuanto a las variables estudiadas.

La principal limitación de estos estudios es que no pueden determinar si existe una asociación clara cuando hay gran variabilidad entre los individuos de la población estudiada, puesto que da por hecho que todos los individuos están expuestos de la misma forma al factor de riesgo (la exposición a una enfermedad a nivel individual es igual en todos). Otra gran limitación de los estudios ecológicos es la incapacidad para controlar posibles sesgos (fumadores pasivos/activos, herencia...). La asociación o correlación que encontremos entre dos variables puede ser debida a una tercera variable no controlada correctamente.

B) DE UN CASO O DE SERIES DE CASOS

B.1.- Estudio de un caso: el más sencillo de los estudios descriptivos, generalmente son usados para describir hechos inusuales que se registran

en un único paciente y que servirán para informar a científicos y encontrar su posible etiología.

B.2.- Estudio de serie de casos: se plantea de la misma forma pero con un grupo de pacientes con un diagnóstico similar generando nuevas hipótesis. Muchas veces, documentan la presencia de nuevas enfermedades o efectos adversos y, en este sentido, sirven para mantener una vigilancia epidemiológica detectando rápidamente epidemias graves (por ej. El SIDA).

Su gran ventaja, además de la facilidad y economía de estudio, es que generan hipótesis de trabajo para futuras investigaciones, ya que pueden recogerse gran cantidad de datos detallados sobre el paciente.

C) ESTUDIOS TRANSVERSALES

Pita (1995) se refiere a ellos como "*Estudios de Morbilidad*" o "*Encuestas de Salud*", igualmente de Irala et al., (2004) los denomina "*Encuestas de Prevalencia*" o "*Estudios de Sección Transversal*".

"No existe seguimiento sino que se recogen simultáneamente la exposición y el efecto. La recogida de datos se refiere a un momento puntual de tiempo, sEn que se pueda asumir un periodo de inducción y de latencia entre la exposición y el desenlace" (de Irala et al., 2004, p. 177)

Estudian, de forma simultánea, la exposición y la enfermedad en un momento determinado en una población muy concreta. Por ejemplo, encuestas o valoraciones de salud sobre hábitos de ejercicio físico y condiciones de salud física y mental.

Se obtienen a partir de datos sacados de encuestas para conocer la salubridad de una comunidad y establecer sus insuficiencias, el carácter etiológico de una patología y conocer igualmente la prevalencia o factores de riesgo de una enfermedad. Este sería el encuadre metodológico de la presente tesis cuyos datos surgen de valoraciones psicométricas sobre patologías lingüísticas.

Para Pita (1995, p.3) estas investigaciones necesitan perfilar con gran claridad los siguientes aspectos:

1. La población de referencia desde la que se desea extrapolar los resultados. En el presente trabajo doctoral se asienta en los pacientes que acudieron a la unidad asistencial de Psicología del Lenguaje y Logopedia con un total de 1100 casos clínicos.
2. La población susceptible de ser incluida en la muestra, delimitando claramente los que pueden ser incluidos en dicho estudio. En el presente estudio, se contó finalmente con 911 casos que correspondían a los diagnósticos sobre los que se intervino en la totalidad de los diferentes cursos académicos
3. La selección y definición de variables por las que se va a caracterizar el proceso: en el presente estudio se refieren a variables categóricas
4. Las escalas de medida a utilizar: porcentajes desde las medidas de frecuencia de cada variable e índices estadísticos de asociación no paramétrica.
5. La definición de "caso": diagnóstico relativo a un único paciente - definido mediante valoración psicolingüística standarizada - y que es atendido en cada curso académico.

Estos estudios de prevalencia ofrecen ventajas, como posibilitar el conocimiento de la frecuencia de aparición de una enfermedad y/o de un factor de riesgo, simultáneamente respecto a diferentes variables. Esta información muestra gran utilidad para la valoración del estado de salud de una comunidad y de sus necesidades. Así mismo, sirven - como todos los estudios descriptivos - para formular hipótesis etiológicas, aunque por sí mismos no son válidos para la investigación causal (no siempre puede afirmarse que el factor de riesgo sea causa de la aparición de una enfermedad) por lo que puede presentar sesgos de información y selección (de Irala, 2004).

4.2.2.- ESTUDIOS CUASIEXPERIMENTALES O ANALÍTICO OBSERVACIONALES (Irala et al., 2004):

Estos trabajos también son denominados "*Ensayos Comunitarios de Intervención*" porque se aplican sobre bases poblacionales amplias donde, a una o varias comunidades, se les aplica la intervención mientras que otras, sirven como grupo de control donde no se maneja ninguna situación. Se realiza una manipulación de las condiciones de estudio sEn aleatorización de los grupos (cada individuo o grupo tiene las mismas posibilidades de ser elegidas para distribuir de forma equilibrada entre los dos grupos los posibles factores de error que pudieran falsear el resultado final). En el caso de que el experimento no sea posible, por ejemplo por razones éticas, se diseñan entonces estudios no experimentales que simulan de alguna forma el que no se ha podido realizar.

Los estudios Cuasi-Experimentales o Analíticos-Observacionales incluyen:

A) ESTUDIO DE CASOS Y CONTROLES

Trabaja sobre personas afectadas con una enfermedad (*Casos*) y los compara con un grupo control no afectado (*Controles*) para conocer su etiología y, posteriormente, valorar si existen factores de riesgo o no en el pasado en el grupo de casos en comparación con el grupo de control (Hennekens y Buring, 1987).

Un hipotético estudio de *Casos y Controles* sería investigar el personal de enfermería de un centro hospitalario que hubiera sufrido una exposición vírica como accidente - se definirían como *Casos* - y, a quienes trabajen en ese mismo hospital sEn sufrir ninguna exposición, elegidos aleatoriamente, durante el mismo periodo temporal - *Controles* - (de Irala et al., 2004).

Si la frecuencia de exposición a la causa de la enfermedad es mayor en el grupo de "*Casos*" que en el de "*Controles*", podemos decir que existe asociación

entre la causa y el efecto. Este tipo de estudios son muy utilizados en investigación en el estudio de enfermedades con periodos de latencia muy largos – cuyo seguimiento es casi imposible – o en enfermedades raras, no obstante, la secuencia temporal entre exposición y enfermedad no siempre es fácil de establecer.

La medida de asociación que permite cuantificar esta relación se llama "Odds Ratio" y admite diversas denominaciones como: Razón de productos cruzados, *Razón de disparidad*, *Razón de predominio*, *Proporción de desigualdades...* (Pita, 1995).

B) ESTUDIO DE COHORTES

Pita (1995) los denomina "*Estudio de Incidencia, Estudio Longitudinal o Estudio Concurrente*".

Una cohorte es un grupo de personas con una característica común en un mismo periodo de tiempo, por ejemplo nacer en el mismo año "*cohorte de nacimiento*" o pertenecer a la misma profesión "*cohorte profesional*" (de Irala et al., 2004)

Los estudios de cohortes pueden subdividirse en "*Estudios de cohortes histórico prospectivos no concurrente*" y "*Estudios de cohortes histórico de seguimiento retrospectivos*" (Pita, 1995):

B.1. – Estudio de Cohortes Prospectivos: La característica principal es que todos los individuos de la muestra analizada están sanos al principio del estudio – aunque hayan estado expuestos a factores de riesgo - y se les sigue durante un periodo de tiempo determinado para comprobar la aparición de una enfermedad.

Para su realización, se determina un periodo de seguimiento o lapso temporal para, al finalizar éste, establecer las diferencias entre el grupo que estuvo expuesto a una situación patológica y el que no la experimentó. Si el grupo con exposición al factor patológico es mayor que el de no exposición se puede concluir la existencia de asociación estadística entre la exposición, a la variable patológica y la incidencia de la enfermedad.

En este tipo de estudio, la secuencia temporal entre exposición y enfermedad se puede establecer con mayor claridad, puesto que los participantes están todos sanos al inicio del estudio.

Un ejemplo clarificador puede ser el estudio de soldados expuestos a gases tóxicos (dioxina) durante la guerra de Vietnam y de otros que, en las mismas circunstancias, no lo sufrieron. Se realiza un seguimiento prospectivo de dichos soldados pasadas una o dos décadas y se estudia la incidencia de cánceres como efecto a largo plazo del gas nocivo. Es una investigación *a largo plazo* tal y como expone de Irala et al., (2004)

B.2. – Estudio de Cohortes Retrospectivos o "Históricos": En un principio, se identifican los grupos de personas sanas, en base a la exposición afirmativa o negativa de un factor de riesgo. Posteriormente, se inicia el estudio, donde ya es probable que existan personas o casos nuevos de enfermedad en ambos grupos puesto que, debido a esa exposición al agente patógeno, la han desarrollado después. Se trata, por tanto, de una valoración *a corto plazo* de los efectos de la exposición al agente de riesgo (de Irala et al., 2004).

Por ejemplo, en el estudio citado anteriormente, se puede observar que, transcurrido un lapso temporal, se produjeron efectos nocivos (problemas dermatológicos, efectos psicológicos...) poco después de la exposición al gas naranja.

En este sentido, se puede decir que los estudios de cohortes son "ambidireccionales" con componentes prospectivos (a largo plazo) y retrospectivos (a corto plazo).

4.2.3.- ESTUDIOS EXPERIMENTALES O ANALÍTICO EXPERIMENTAL

Pita (1995) los denomina estudios de "*Ensayo de campo o Ensayo Comunitario de Intervención*". Son los más empleados para la evaluación y eficacia de nuevos fármacos, evaluación de pruebas diagnósticas y de intervención en la población para una adecuada programación sanitaria (Sackett, Haynes, Guyatt, Tugwell, 1994; de Irala et al., 2004).

Están asentados en el método científico, donde se eligen dos grupos aleatorios de investigación. Mientras que en uno se produce la manipulación por parte del propio investigador de sus características sociosanitarias, en el otro no, para comparar los resultados de ambos con posterioridad (aquel en que no se intervino y el que se expuso a la intervención y manipulación de las variables).

Este tipo de diseños de investigación permiten un mayor control en el diseño y disminuye la posibilidad de sesgos debido a la selección aleatoria de los grupos. A la vez que presentan limitaciones éticas en la manipulación de la exposición, y no son estudios generalizables por la propia rigidez de la intervención.

Se dividen en estudios experimentales terapéuticos o "*Ensayos Clínicos*" y estudios experimentales preventivos o "*Ensayos de Campo*" (Pita, 1995; de Irala et al., 2004).

4.3.- MEDIDAS DE FRECUENCIA: PREVALENCIA E INCIDENCIA

Para el estudio de cualquiera de los aspectos anteriores necesitamos medir y conocer el fenómeno estudiado. En el caso de los estudios epidemiológicos se utilizan, para ello, las *medidas de frecuencia* de una enfermedad, es decir, el número de ocasiones en que se produce una enfermedad o hecho vinculado a la salud. Estas medidas de frecuencia se calculan, entre otras, desde la "Prevalencia" y/o desde la "Incidencia" descritas en el apartado correspondiente a *Medidas de Morbilidad* (Barker y Rose, 1983; San Martín, Martín y Carrasco 1986; Rothman, 1987; Lubker, 1997; Icart et al., 2000 y de Irala et al., 2004).

Estas medidas de frecuencia nos permiten conocer:

Lo común que es un fenómeno de interés"(...) "ocupará un lugar central en las actividades relacionadas con la epidemiología...podemos utilizar las medidas de frecuencia para hallar, a su vez, medidas de asociación entre una causa y un posible efecto, y medidas de impacto potencial de la exposición a un factor de riesgo (por ejemplo la contaminación atmosférica) o un factor de prevención (por ejemplo, una vacuna). (de Irala et al., 2004, p. 101)

Solana, Salafranca, Fauquet y Núñez (2004) proponen cuatro criterios metodológicos para facilitar el tipo de medida de frecuencia, a emplear en los estudios epidemiológicos. De este modo, la aplicación de una u otra medida depende de los siguientes aspectos:

- a) La hipótesis formulada en el estudio
- b) Cuando se estudia una relación causal o la evaluación de una intervención, la Incidencia se convierte en el más adecuado, puesto que es la que mejor valora esos factores

- c) Cuando se realiza un seguimiento es más aconsejable la *Tasa de Incidencia*, ya que es necesario tener en cuenta el tiempo de observación
- d) En los estudios descriptivos el periodo de latencia y duración del suceso serán los que determinen la medida a aplicar

4.3.1.- MEDIDAS ABSOLUTAS Y MEDIDAS RELATIVAS

Los estudios epidemiológicos se asientan en las medidas de frecuencia o recuento, es decir, el número de veces que aparece el suceso objeto de estudio (accidentes de tráfico, enfermedad coronaria, conductas patológicas...) dentro de una población específica, de tal manera que se relaciona con la presencia o ausencia del hecho definido por el examinador: "*El investigador no pretende describir cómo se distribuye la muestra en función de las categorías, sino qué impacto tiene una determinada categoría sobre la muestra de estudio*" (Solana et al., 2004, p.226)

Estas medidas de frecuencia pueden presentarse de dos formas:

- a) *Frecuencias Absolutas* o número de veces que aparece un valor en la muestra total
- b) *Frecuencias Relativas* o cociente entre la frecuencia absoluta y el tamaño total de la muestra, representándose mediante porcentajes

Debe resaltarse que, el estudio mediante variables categóricas ambas frecuencias no representan valores de magnitud o cantidad, sino cualidades o atributos de la variable (Solana et al., 2004). Por todo ello, de Irala et al., (2004) recomiendan que, en epidemiología descriptiva, no se utilicen las frecuencias en valores absolutos puesto que en los estudios analíticos, el tamaño de la muestra influye directamente en la interpretación de los datos. Este hecho se justifica porque no es lo mismo, un valor de 2 casos en una población de 4 que en una

población de 300.000. Sugiere de Irala et al., (2004) por ello, que se utilicen las "Medidas de Porcentajes" puesto que su valor será siempre el mismo, sea cual sea el tamaño de la muestra. Con esta medida, por tanto, se consigue entonces que los resultados sean interpretables y comprensibles ante cualquier tamaño muestral. En este sentido, hemos de mencionar que en la presente investigación se manejan variables nominales por lo que el análisis estadístico de los datos se realiza desde dichas medidas de frecuencia.

4.3.2.- COCIENTES UTILIZADOS EN EPIDEMIOLOGÍA

Las medidas básicas de frecuencia (*Razón, Proporción y Tasa*) se formulan mediante los "Índices de Prevalencia, de Incidencia y Tasa de Incidencia" (Solana et al., 2004).

A) RAZÓN

Es el cociente que posibilita la valoración de índices estadísticos que calculan la frecuencia de aparición de un suceso. Este concepto se entiende como la relación existente entre dos cantidades; por definición sería: "*Cualquier cociente entre dos cantidades de manera que el denominador no incluya necesariamente al numerador*" (Solana et al., 2004, p.245)

Por ejemplo, número de niños que comen golosinas – numerador - y número de niños escolares – denominador –; el valor resultante es una razón que explicaría la pregunta de si es elevado el consumo de golosinas en la población escolar (10 golosinas/3 niños).

B) PROPORCIÓN

La medida de frecuencia más conocida (*p*), expresaría la relación entre el número de personas que están expuestas a una variable de estudio y el número total de la muestra; por ejemplo, de todos los niños que toman golosinas quiénes

desarrollan caries dental. Oscila en valores comprendidos entre 0 – como valor más bajo – y, 1 – como valor más alto –.

Un apunte interesante es que cuando se eligen muestras lo suficientemente amplias y representativas de la población, se facilita la estimación de la probabilidad de aparición del suceso estudiado (Por ej. El estudio en una muestra escolar lo suficientemente amplia permite estimar cuántos van a sufrir caries a esas edades)

C) ODDS

Constituye una razón en la que el numerador representa el número de sujetos que muestran una enfermedad y el denominador el número de los que no. Es de gran utilidad para la valoración entre la relación de presencia de un suceso y una variable determinada o factor de riesgo –.

Representa, por tanto, la relación del número de personas en los que se produce el suceso por cada uno de los que no lo presenta: *"Se define como la probabilidad de ocurrencia de un sujeto respecto a la probabilidad de no ocurrencia"* (Solana et al., 2004, p. 245)

Los valores con los que puede aparecer oscilan entre cero e infinito siendo casi coincidente con los valores numéricos de la proporción si el suceso investigado tiene una frecuencia de aparición muy baja.

D) TASA

Es un tipo especial de proporción donde además de la variable estudiada se incluye el tiempo. Son apropiadas para el estudio de seguimiento de los pacientes a lo largo del tiempo. Su valor oscila entre 0 e infinito medido como número de casos por habitantes y años, Ej.: 4 infartos por mil habitantes y año.

4.3.3.- MEDIDAS DE MORBILIDAD

Se trata de las medidas de frecuencia anteriormente citadas: "*Prevalencia e Incidencia*". Estos índices reflejan los efectos de un suceso en una población determinada que se denomina "*Población de Riesgo*": "*Las medidas de morbilidad representan medidas de frecuencia de un suceso dirigidas a evaluar el impacto de un determinado suceso sobre una población expuesta a la ocurrencia de dicho suceso*" (Solana et al., 2004, p. 248)

Su ajuste y selección para el estudio de los datos se realiza según el tipo de investigación planteada: *Investigación "Transversal o de Prevalencia"* o *Investigación "Longitudinal o de Seguimiento"*. Incluidas en este tipo de *Medidas de Morbilidad* se encuentran las siguientes:

A) MEDIDAS DE PREVALENCIA

Equivale al número de veces que se produce un fenómeno en una población y lapso temporal concreto, es decir, la proporción de casos en un periodo de tiempo determinado. En estadística sería el equivalente a la frecuencia absoluta o relativa y se obtiene desde diseños de estudio transversales (Armijo, 1993). La proporción de sujetos que padece una patología en un momento determinado. Se cuenta con dos tipos de Medidas de Prevalencia:

A.1 - Prevalencia puntual: equivale a la proporción de casos afectados de una enfermedad en un momento temporal muy preciso

A.2 - Prevalencia de periodo o lapso: número de casos que se observan en un intervalo de tiempo limitado

B) MEDIDAS DE INCIDENCIA

Mide la proporción de nuevos casos que aparecen en una población determinada, a lo largo de un tiempo limitado. Es decir, estudia la virulencia con que surge una enfermedad. Nos encontramos nuevamente con dos Medidas de Incidencia:

B.1 - Incidencia acumulada: cuando se estudia una proporción de sujetos sanos que desarrollan una enfermedad en un momento dado. En este caso el tiempo no tiene valor pero sí la proporción de afectados, siendo el número de personas estudiadas siempre fijo - el estudio de quien estaba sano y pasa a estar enfermo -:

La incidencia acumulada representa una estimación directa de la probabilidad o riesgo de ocurrencia del suceso en un marco temporal definido. Con esta medida se posibilita la comparación de la evolución de un suceso en grupos poblacionales diferentes, analizar si existe alguna asociación entre un posible factor etiológico y una enfermedad o si la probabilidad de padecer una determinada patología difiere entre poblaciones. (Solana et al., 2004, p. 250)

B.2 - Tasa o Densidad de Incidencia: en este caso sí se toma en cuenta el tiempo de estudio y, a su vez, las posibles bajas que se den en la muestra. El estudio de las personas que se contaminan de una enfermedad dentro de una población en un periodo de tiempo específico. (Rothman, 1987; Icart et al., 2000)

Crystal (1989), nuevamente desde el campo de la psicolingüística, destaca la importancia de la aplicación de estos diseños de estudio a la comunicación humana, aclarando y diferenciando cuidadosamente entre Incidencia y Prevalencia, para obtener datos epidemiológicos fiables y válidos, que orientarán tanto el diagnóstico como la intervención clínica:

Asegurar que se hace una cuidadosa distinción entre las ideas de prevalencia e incidencia. La primera se refiere a número de casos de una enfermedad en una población en cualquier momento. La incidencia es el número de casos nuevos de la enfermedad en un periodo específico (la "Tasa de Acometida"). Esta distinción no es únicamente terminológica: a partir de ella se obtienen cuadros bastante diferentes de una enfermedad. (Crystal, 1989, p. 244)

Igualmente "Prevalencia" e "Incidencia", desde 1997, son consideradas esenciales por patólogos del habla y lenguaje como Lubker para el estudio epidemiológico de las dificultades de la comunicación humana. Este planteamiento también es confirmado posteriormente por Broomfield et al. (2004, a) puesto que ayuda a diferenciar los diagnósticos y sus diversas manifestaciones clínicas en los cuadros patológicos investigados. No obstante, y pese a su relevancia, se adolece de un número lo suficientemente amplio de trabajos, tal vez debido a que no se cuenta con poblaciones lo bastante numerosas y variadas específicas en el campo de la comunicación humana que permitan su realización.

C) MEDIDAS DE SEGUIMIENTO

Miden la asociación entre la incidencia de sujetos expuestos a un hecho patológico y la incidencia de los que no lo están, dentro de la misma población. Si

al finalizar el tiempo de observación de "exposición" o "no exposición" a la enfermedad, la incidencia es mayor en el grupo de expuestos se puede concluir que existe asociación estadística significativa entre la exposición a la variable patológica y la Incidencia de la enfermedad que provoca dicha variable. Esta asociación se mide mediante el "*Riesgo Relativo*".

4.4.- ERRORES DE MEDICIÓN Y SESGOS. LA FIABILIDAD Y VALIDEZ DE LOS ESTUDIOS EPIDEMIOLÓGICOS

Todo estudio debe tener como principal objetivo ser preciso y válido, por lo tanto necesita plantear desde el principio qué se desea medir, de forma clara y cuantitativa. De este modo, no responder a esta premisa puede ser considerado como una grave deficiencia en su calidad científica (Pita, 1995).

Igualmente, en la aplicación del método epidemiológico a los diseños de investigación, se pretende evitar errores o valores de "confusión"² que afectan a las medidas de asociación (de Irala et al., 2004). Por tanto, según este mismo autor, la meta fundamental que todo estudio epidemiológico debe perseguir sería:

1. Obtener agudeza en la medición desde:
 - a) La "*Validez Interna*": los resultados obtenidos son correctos para las personas pertenecientes al estudio y,
 - b) La "*Validez Externa*": los resultados son generalizables desde la muestra estudiada a la población de referencia -.

Ha de tenerse en cuenta que un estudio puede tener validez interna sEn la externa pero, si no presenta validez interna, nunca tendrá la externa

² El investigador no ha tenido en cuenta información sobre un factor relacionado a la vez con la exposición y con el efecto estudiado (factor de confusión).

2. Precisión o fiabilidad de la medición permitiendo repetir el estudio en la misma muestra o en otras similares

Finalmente, cabe mencionar que los estudios epidemiológicos se ven amenazados principalmente por el "*Error Aleatorio*" y el "*Error Sistemático*" que se explican a continuación.

4.4.1.- ERROR ALEATORIO

Se denomina así al error que no se comete constantemente en cada medición. Dicho tipo de error afecta a la Fiabilidad, de modo que, cuanto menos frecuente sean estos errores, mayor es la precisión del estudio, porque se reduce el error debido al azar. De Irala et al., (2004) recomiendan, como medida más eficaz para reducir este error, incrementar el tamaño de la muestra.

4.4.2.- ERROR SISTEMÁTICO

Se considera así al error cometido constantemente en cada medición. Si éste aparece, afecta directamente a su validez interna e indirectamente a la externa, de tal forma que el estudio queda invalidado.

El error puede ser debido a que el investigador no ha tenido en cuenta algún hecho importante y genera con ello "*Errores de Sesgo*" o error sistemático que provoca la estimación incorrecta de asociación entre la exposición y la enfermedad, es decir, el efecto entre la variable independiente y la dependiente (de Irala et al., 2004).

Los errores de sesgo más importantes serían el *Sesgo de selección* y el *Sesgo de información* (Pita, 1995), este último también denominado *Sesgo de Clasificación u Observación* según de Irala et al. (2004):

A) SESGO DE SELECCIÓN

Cualquier error derivado del proceso de selección de la población en del estudio.

Los Sesgos de Selección afectan fundamentalmente al tipo de "Estudios de Casos y Controles" en los que, como se mencionó con anterioridad, se compara un grupo afectado de una enfermedad "Casos" y se compara con otro no afectado "Controles", para conocer de esta manera la etiología y los factores de riesgo en el grupo de casos en relación al grupo de control e; igualmente a los "Estudios de Cohortes Retrospectivos" donde se valoran a corto plazo los efectos de la exposición al agente de riesgo, en un grupo de personas que estaban inicialmente sanas.

Para evitar el sesgo de selección se recomienda, por tanto, utilizar dos grupos control. Si obtenemos la misma estimación del efecto por separado podremos asumir que no hay sesgos en la selección de los mismos.

En todo caso, cuando el sesgo de selección ocurre, el resultado produce una relación entre exposición y enfermedad, diferente entre los individuos que entraron en el estudio y los que no fueron incluidos en éste.

Irala-Estévez (2004) Para el control del sesgo de selección recomienda prevenir el sesgo de selección dividiendo el estudio en varias fases:

1.- Diseño y transcurso del estudio: el investigador no debe dejarse llevar hacia la selección explícita de los participantes relacionados con la variable de estudio. En las investigaciones de "Casos y Controles" es recomendable el estudio de casos incidentes; igualmente en los de "Cohortes Retrospectivos" entrevistarse habitualmente o motivar suficientemente a los participantes para que no abandonen.

2.- En la recogida y análisis de datos: asegurar que toda la información se ha recogido exhaustivamente y realizar análisis estadísticos de los datos para comprobar la presencia de sesgos.

B) SESGO DE INFORMACIÓN U OBSERVACIÓN

El error producido cuando los participantes del estudio se clasifican de forma incorrecta respecto a alguna de las variables seleccionadas por el investigador.

Pita (1995) destaca como fuentes de Sesgo de Información más frecuentes:

- a) la utilización de un instrumento de medida no adecuado o los diagnósticos incorrectos,
- b) imprecisiones u omisiones en las fuentes documentales o de los datos,
- c) información imprecisa,
- d) clasificaciones inadecuadas,
- e) finalmente, errores en la recogida de los propios datos

Los errores de clasificación de los sujetos a estudiar son, por tanto, consecuencia directa del Sesgo de Información. Esta clasificación puede ser:

- a) "*diferencial*" si el error de clasificación es independiente para ambos grupos, o
- b) "*no diferencial*" si el error de clasificación es igual para ambos grupos de estudio, produciéndose una dilución del efecto con una subestimación del mismo.

En general, para evitar este tipo de Sesgo, Irala-Estévez (2004) recomienda el uso de procedimientos de evaluación sensibles y específicos – empleando siempre los mismos a lo largo de todo el estudio –, la preparación y experiencia suficiente del investigador para la realización de diagnósticos – utilizando siempre los mismos criterios – y, si es un estudio

de "Cohortes o Ensayo Clínico", la necesidad de evitar en lo posible, que la persona que realiza los diagnósticos se deje influir por *la "expectativa de resultados"*.

En este último punto, según dicho autor, lo más recomendable es el uso de protocolos estrictos en la realización de diagnósticos, o en la valoración del desenlace de las hipótesis.

VALORACIÓN FINAL:

En síntesis, se ha intentado diferenciar entre los términos de mayor frecuencia de uso en epidemiología, las medidas de frecuencia, los diseños básicos observacionales y experimentales, así como, los errores posibles que pueden cometerse en su diseño. El objetivo principal del capítulo no es profundizar en lo que podría ser un tratado sobre epidemiología, sino presentar dichos conceptos básicos, directamente relacionados con la elaboración y análisis de datos.

En el caso de la presente tesis doctoral, la hipótesis de trabajo se asienta en los diseños de estudios que Pita (1995) denomina "*Diseños no Experimentales*" o "*Descriptivos de Prevalencia*" equivalentes, desde el planteamiento de Irala et al., (2004), a los "*Diseños Descriptivos Observacionales de Prevalencia*". Es decir, se recogen los diagnósticos clínicos referidos a la población con patología de voz, habla y lenguaje de las Escuelas de Psicología del Lenguaje y Logopedia pertenecientes a la Universidad Pontificia de Salamanca mediante valoraciones psicométricas de sus dificultades o alteraciones comunicativas tanto orales como escritas.

CAPÍTULO V
METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN

CAPÍTULO V: METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN

5.1.- INTRODUCCIÓN: PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

5.2.- OBJETIVO DE LA TESIS

5.2.1.- Fase I: Estudio de la casuística (1981-1994)

5.2.2.- Fase II: Análisis de la relación entre los retrasos del lenguaje y la comprensión lectora

5.3.- METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

5.3.1.- Diseño de la Investigación

A. Fase I: Estudio epidemiológico de la casuística general

B. Fase II: Estudio relación componentes del lenguaje y la comprensión lectora

5.3.2.- Metodología en el Diseño de la Investigación

A. Fase I: Diseño de estudio ecológico

B. Fase II: Diseño de estudio descriptivo

5.3.3.- Variables e Indicadores

A. Fase I: Diseño de estudio ecológico

B. Fase II: Diseño de estudio descriptivo

5.3.4.- Hipótesis planteadas

A. Fase I: Diseño de estudio ecológico

B. Fase II: Diseño de estudio descriptivo

5.3.5.- Universo y selección de la población

A. Población

B. Selección de la muestra

5.3.6.- Instrumentos de medición

A. Primer contacto con el paciente

B. Pruebas de evaluación y diagnóstico

C. Programas informáticos

D. Registro de datos en historial personal

5.3.7.- Procedimiento y análisis de la muestra

5.4.-RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

5.4.1.- Fase I: Análisis de la patología global (1981 a 1994)

A. Casos tratados en cada curso académico

B. Análisis cualitativo del porcentaje de patologías

C. Análisis cualitativo de la edad de primera consulta

D. Análisis cualitativo del género

E. Análisis cualitativo de la relación entre sexo y patología

F. Análisis cualitativo de la relación entre edad y patología

5.4.2.- Fase II: Análisis descriptivo de la relación entre el lenguaje oral y la comprensión lectora

5.4.2.1.- Análisis estadístico entre el lenguaje oral y la comprensión lectora

A. Retraso lingüístico comprensivo semántico, sintáctico y semántico-sintáctico (VI) y su repercusión en la comprensión lectora (VD)

B. Retraso lingüístico expresivo semántico, sintáctico y semántico-sintáctico (VI) y su repercusión en la comprensión lectora (VD)

5.4.2.2.- Análisis estadístico entre el lenguaje oral y la comprensión lectora en relación a la edad

A. Retraso lingüístico comprensivo semántico, sintáctico y semántico-sintáctico (VI) y su repercusión en la comprensión lectora (VD)

B. Retraso lingüístico expresivo semántico, sintáctico y semántico-sintáctico (VI) y su repercusión en la comprensión lectora (VD)

5.5.-DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

5.5.1.- Fase I: Análisis descriptivo de la patología general (1981 a 1994)

A. Diagnóstico y género

B. Edad de primera consulta

C. Diagnóstico y edad de primera consulta

5.5.2.- Fase II: Análisis descriptivo de la relación entre el lenguaje oral y la comprensión lectora (1981 a 2005)

5.1.- INTRODUCCIÓN: PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

Las múltiples discapacidades existentes engloban cuadros clínicos muy diferentes que dificultan, en distintos grados, los aprendizajes curriculares en toda la escolaridad (Bashir, 1989). Una de éstas serían las discapacidades en el lenguaje, habla o voz las cuales, dificultan el desarrollo personal, cultural y el acceso al mundo sociolaboral (Ruben, 2000)

El estudio más reciente sobre el tema, McLeod et al. (2007) apuntan, como discapacidades más frecuentes, los siguientes problemas específicos de aprendizaje *"niños con inteligencia normal o superior que presentan problemas en la adquisición de las habilidades académicas y que requieren de apoyo adicional para acceder a algunos aspectos del Currículo"* (Ibíd., p. 59). Así mismo, otras alteraciones relacionadas con la competencia comunicativa, bilingüismo, problemas emocionales/conductuales, discapacidad física, intelectual, auditiva o visual, tal y como recoge la cita que sigue:

Los niños encuadrados tradicionalmente en la casuística de los terapeutas del habla y lenguaje se encuentran altamente representados en estos cuadros. Los servicios asistenciales sanitarios y educativos deberían garantizar que reciben suficiente apoyo, incluyendo servicios terapéuticos de habla y lenguaje. (McLeod et al., 2007, p.38)

Partiendo de esta realidad tan diversa, se plantea la necesidad de registrar cuáles son las patologías relacionadas con la competencia comunicativa más frecuentemente observadas, sEn delimitar la edad muestral del estudio, su relación con la edad de aparición, el sexo y las repercusiones que conllevan los retrasos del lenguaje en el aprendizaje del lenguaje escrito – concretamente la lectura

comprehensiva tal y como destacan Peralta et al. (1991) por la ausencia de investigaciones en español -.

Esta amplitud de estudio se realiza gracias a que las Escuelas de Logopedia y Psicología del Lenguaje - posterior Diplomatura Oficial de Logopedia - junto al Servicio de Foniatría del Hospital Clínico Universitario eran los únicos centros asistenciales que atendían patología específica del lenguaje en la autonomía castellano-leonesa (Garrido et al., 1995). La demanda atendida en las mencionadas Escuelas emerge prácticamente en su totalidad de pacientes de la provincia de Salamanca, estando remitidos desde la Unidad de Foniatría y Logopedia del Hospital Clínico Universitario, los Servicios Sociales de la Junta de Castilla-León, los centros educativos públicos y privados de la provincia y/o, de la iniciativa propia o familiar. Este dato ilustra el gran valor social, preventivo y reeducador que adquirió esta labor asistencial, así como papel pedagógico que ejerció sobre los profesionales y la población atendida.

5.2.- OBJETIVOS DE LA TESIS

La presente Tesis recoge dos propósitos fundamentales plasmados en dos fases diferenciadas:

1º) Conocer y estudiar las patologías en el habla, lenguaje y voz atendidas en la Unidad Asistencial de las Escuelas Superiores de Logopedia y Psicología del Lenguaje pertenecientes a la Universidad Pontificia de Salamanca (UPSA), como respuesta a una necesidad creciente en la investigación e intervención lingüística

2º) Estudiar la relación existente entre las dificultades del lenguaje oral y las dificultades referidas a la lectura comprensiva analizando cómo, los diferentes componentes lingüísticos, inciden en la comprensión lectora si éstos se encuentran retrasados en su evolución.

Este trabajo se convertía en un fascinante reto por el elevado número de casos atendidos y por ofrecer una brillante oportunidad para investigar lo abordado en el centro asistencial durante 13 años puesto que:

- a) En la actualidad de nuestro país contamos tan sólo con dos estudios previos sobre patología general del lenguaje, habla y/o voz recogidos de forma global y para cualquier edad (Bonet, 1986 y Garrido et al., 1995).
- b) Así mismo, en el ámbito anglosajón, la mayoría de los estudios realizados hasta la fecha se centran, exclusivamente, en retrasos del habla y/o lenguaje – sEn considerar el resto de las patologías – y acotando generalmente su estudio hasta la adolescencia (Law et al., 2000).

En este sentido, la presente Tesis, dado el elevado número de historiales clínicos específicos en patología comunicativa, lo convierte en el trabajo más numeroso tras el realizado por el Hospital Clínico Universitario de Salamanca por Garrido et al. (1995).

Por otro lado, y considerando su validez futura, el objetivo de conocer “el estado de la cuestión” en patologías del lenguaje a lo largo del ciclo vital puede constituir el primer paso para el planteamiento de “Estudios de Casos y Controles o Retrospectivos” y/o “Estudios de Cohortes o Longitudinales”, planteamientos que Lubker (1997) consideraba esenciales y más adecuados para el abordaje científico de las alteraciones comunicativas.

Se plantean dos fases en la realización de la tesis:

5.2.1.- Fase I: Estudio de la Casuística (1981- 1994)

Hemos estimado la demanda asistencial en esta especialidad en las Escuelas de Logopedia y Psicología del lenguaje desde el año 1981 hasta 1994 y su relación con las variables clásicas de los diseños de investigación epidemiológica (patología, edad y sexo) para corroborar los datos obtenidos en investigaciones previas.

5.2.2.- Fase II: Estudio de la Relación entre los Retrasos del Lenguaje y la Comprensión Lectora

Comprobar la implicación de los trastornos del lenguaje oral en los problemas del lenguaje escrito - especialmente con la comprensión lectora - desde estudios descriptivos en nuestro idioma (Peralta et al., 1991). En concreto, interesa describir la relación entre las dificultades en los componentes semántico y sintáctico - tanto en comprensión como expresión - y la comprensión lectora, debido a que una competencia lingüística retrasada en estos niveles constituye un problema fundamental para acceder a la lectura comprensiva (Domínguez, 1999). Dicha dificultad suscita que el niño no pueda enfrentarse a un texto por sí mismo y necesite ayuda constante del profesor con lo que su rendimiento en aprendizaje estará más limitado.

5.3.- METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN

La presente tesis se enmarca en los estudios cualitativos de tipo descriptivo-no experimental o, investigación no paramétrica.

Este tipo de investigación cualitativa - no experimental - se centra fundamentalmente, no tanto en el estudio de una situación desde índices estadísticos paramétricos o experimentales, sino desde el análisis descriptivo de los hechos para explicar y entender así dichos fenómenos significativos. Se trata por tanto, de una tarea fundamentalmente interpretativa y descriptiva que genera nuevos conocimientos - los denominados por Mausner et al. (1985) "*Ciclos Generadores de Hipótesis*", tal y como se expuso previamente en el capítulo anterior-.

5.3.1.- DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El desarrollo de la tesis parte de un planteamiento descriptivo-observacional para conocer la prevalencia de las diferentes patologías lingüísticas atendidas en la unidad asistencial de las Escuelas de Logopedia y Psicología del Lenguaje (UPSA) a lo largo de más de una década de actividad y convivencia simultánea.

El gran número de historiales existentes permite realizar un amplio estudio, desde el campo de la epidemiología, asentado en la recomendación de Tomblin (1997) para la realización de investigaciones sobre patologías lingüísticas, que aconseja el método observacional frente al experimental, al ser cualitativo de tipo descriptivo. En ningún tipo de influencia ni manipulación de las variables o en la ocurrencia de los sucesos.

La presente Tesis, desde estos postulados, toma como punto de partida la lógica circular del pensamiento epidemiológico y del ciclo investigador de los "*Estudios Generadores de Hipótesis*" de Rothman (1987) planteando dos fases de investigación epidemiológica descriptiva.

A.- FASE I.- "ESTUDIOS EPIDEMIOLÓGICOS DESCRIPTIVOS"

Se encuadra en los *Diseños o Estudios Ecológicos* (descripción de la frecuencia de aparición de las diferentes patologías en la población sEn ningún tipo de manipulación de las variables observadas). Para ello se identifica, desde una estructuración ordenada de la información contenida en los historiales, la casuística global de las dificultades lingüísticas a lo largo del ciclo vital atendidas en dichas Escuelas durante los cursos 1981 a 1994 (aproximadamente un total de 1100 historiales clínicos).

B.- FASE II.- "ESTUDIO NO PARAMÉTRICO"

Desde los resultados generales obtenidos, se observa la posible relación existente entre lenguaje oral y lenguaje escrito en la comprensión de textos. En esta fase se seleccionan exclusivamente los historiales con dificultades en la comprensión lectora - ampliándose desde el año 1981 hasta el año 2005 - contando con un total de 120 casos. Este apartado sigue los postulados para la realización de trabajos sobre prevalencia expuestos por Pita (1995) previamente planteados en el capítulo II.

5.3.2.- METODOLOGÍA EN EL DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Se parte desde el método exploratorio, por lo que se inicia con una descripción y recogida de datos detallada de la patología del lenguaje, habla y voz, trazando con ello patrones y relaciones entre sus diferentes diagnósticos.

A.- FASE I.- "DISEÑO DE ESTUDIO ECOLÓGICO"

Los pasos seguidos fueron:

1º) Clasificación de cada una de las historias clínicas existentes en la unidad asistencial, ordenadas por curso académico, en el que se produce la consulta (puede ser la primera o posteriores) y diagnóstico obtenido tras su evaluación.

2º) Lectura y análisis pormenorizado de cada una de ellas, para la recogida de los datos según las distintas variables categóricas presentadas en el "Protocolo de Registro" (Anexo 1) utilizado por Garrido et al. en investigaciones previas sobre la prevalencia de las patologías del lenguaje, habla y voz en el año 1995.

3º) Se completa un protocolo para cada historial atendido en el curso académico correspondiente, registrando en él los datos seleccionados - 31 variables en total -.

4º) Traslado de las referencias recogidas en estos a la base de datos Acces 2000 perfilados para cada sujeto.

4º) Codificación de cada uno de los historiales y su traslado a en una tabla Excel:

- Se descartaron aquellos cuya información era claramente deficitaria para su estudio.
- Se realizó una primera selección de las variables de estudio tomando exclusivamente aquellas que forman parte de la tesis en la fase I y posteriormente el la fase II.

5º) Por último, los datos de las variables se codificaron y analizaron estadísticamente desde el programa informático SPSS.15. Para ello se utilizaron los siguientes índices estadísticos descriptivos:

5.1.- "*Frecuencias Relativas o Proporción*" para la interpretación de las patologías lingüísticas globales, desde un enfoque amplio que incluyera su

totalidad desde 1981 hasta 1994 (periodo temporal de convivencia académica entre el Master en Psicología del lenguaje y Logopedia como especialidad).

Los datos se reflejan según:

- Porcentaje de casos según los diagnósticos
- Porcentaje de casos diagnosticados por curso académico
- Porcentaje de casos según la edad
- Porcentaje de casos según el sexo

5.2.- "Coeficientes de Contingencia χ^2 -cuadrado" para la medición de asociación entre dos variables nominales

- Patología diagnosticada y sexo: χ^2 -Cuadrado de Razón de Verosimilitudes
- Patología diagnosticada y edad: χ^2 -Cuadrado de Razón de Verosimilitudes

B.- FASE II: "DISEÑO DE ESTUDIO NO PARAMÉTRICO"

Los pasos seguidos fueron:

1º) Selección de todos los historiales pertenecientes a la unidad asistencial comprendidos entre el año 1981 y el 2005 que estuviesen diagnosticados como "Retrasos del aprendizaje del lenguaje escrito", eligiéndose sólo los que presentaban problemas en la comprensión lectora – un total de 99 casos -.

2º) Categorización de los datos de las variables seleccionadas (se explican en el siguiente apartado) y se codifican para su estudio estadístico desde el programa SPSS.15

3º) Se procede a su análisis mediante los siguientes índices estadísticos descriptivos de asociación:

3.1.- *Índices estadísticos de "χ-cuadrado":*

- Presencia de retrasos lingüísticos comprensivos - a nivel semántico, sintáctico y/o ambos - y su relación con dificultades en la comprensión lectora : Prueba χ- Cuadrado de Pearson
- Presencia de retrasos lingüísticos expresivos - a nivel semántico, sintáctico y/o ambos - y su relación con dificultades en la comprensión lectora : Prueba χ- Cuadrado de Likelihood

5.3.3.- VARIABLES E INDICADORES

Se describen las variables estudiadas y el proceso de selección planteado en el estudio epidemiológico.

A.- FASE I: "DISEÑO DE ESTUDIO ECOLÓGICO":

En la primera fase del estudio se seleccionan las variables recogidas tradicionalmente por los estudios epidemiológicos lingüísticos: patología, edad y sexo, mediante el análisis descriptivo de sus frecuencias absolutas y relativas.

PATOLOGÍA: Variable nominal con múltiples categorías

Definida según los diagnósticos de cada historial clínico obtenidos mediante la administración de test psicométricos y/o análisis pormenorizado de producciones

libres tanto orales como escritas.

El criterio de clasificación diagnóstica de los historiales – fundamentado en el modelo clínico - se toma del planteado por Gorospe et al. en 1997 teniendo en cuenta su origen específico o secundario a otras discapacidades como son las intelectuales, sensoriales o motrices.

Las categorías de la variable representan los diferentes diagnósticos de cada historial clínico:

- 1) *Nada patológico*: cuando el diagnóstico por el problema demandado no representa ningún tipo de dificultad o trastorno, porque son errores naturales en la edad del paciente
- 2) *Retraso del habla*: dificultades específicas en la articulación o pronunciación de fonemas que deberían estar adquiridos para la edad en que consulta
- 3) *Retraso del lenguaje*: dificultades comprensivas o expresivas en cualquiera de sus componentes de naturaleza primaria o específica – se incluyen tanto los retrasos primarios como los TEL-.
- 4) *Disglosia*: dificultades articulatorias generadas por malformación física en cualquiera de los órganos periféricos de articulación (dientes, lengua, labios, velo del paladar...)
- 5) *Afasia*: pérdida del lenguaje generado por lesiones cerebrales o Accidentes Cerebro Vasculares (ACV) en cualquiera de las áreas implicadas en la recepción o codificación simbólica del lenguaje una vez que estaba plenamente adquirido – se incluyen Afasia de Wernicke, Broca, Mixtas... -
- 6) *Alteraciones de voz*: pérdida parcial o total de la capacidad para emitir sonidos con o sin lesión anatómica en los órganos fonatorios – se incluyen tanto funcionales como orgánicas -
- 7) *Dificultades en el lenguaje escrito*: incluye dificultades como la disortografía natural y/o arbitraria, disgrafía, fluidez lectora, comprensión lectora

- 8) *Tartamudez*: trastorno de la fluidez del habla caracterizado por interrupciones involuntarias en la emisión articulada del mensaje oral y que se acompaña, en diferentes grados de afectación, de tensión muscular en la cara y/o cuello, stress y miedo a hablar en público.
- 9) *Retrasos del lenguaje secundarios a discapacidad motriz o PCI*
- 10) *Retrasos del lenguaje secundarios a discapacidad mental*
- 11) *Retrasos del lenguaje secundarios a discapacidad auditiva*
- 12) *Déficit en la atención, hiperactividad y/o conducta (TDAH), relacionado directamente con el lenguaje*: dificultad para prestar y mantener la atención, controlar su comportamiento impulsivo (actúan sEn pensar en las consecuencias) y que generalmente, se acompaña de dificultades del habla o lenguaje
- 13) *Discalculia*: incluye dificultades relacionadas con el conteo, cálculo y/o razonamiento matemático
- 14) *Tartamudez evolutiva o fisiológica*: considerada como un proceso benigno en el niño y cuyo objeto de intervención es el entorno socio-familiar y educativo
- 15) *Trastornos general del desarrollo (TGD)*: patologías globales que inciden en la adquisición y/o desarrollo lingüístico – autismo, Síndrome de Rett, Síndrome de Costello o, Síndrome de Prader-Willi –. Agrupados en la misma categoría de análisis, aunque el trastorno autista puede ser considerado como patología independiente
- 16) *Otros*: diagnósticos que no implican dificultades en la competencia lingüística o comunicativa (ej. Dificultades emocionales, conductuales...).

EDAD: variable cuantitativa categorizada en intervalos de 5 años debido a los límites tan amplios de la muestra y por tanto del rango (edad mínima 1 año y máxima 72 años). Medida como variable nominal

- 0 A 5 años
- 6 a 10 años
- 11 a 15
- 16 a 20
- 20 o más

SEXO: variable nominal dicotómica

- Masculino
- Femenino

B.- FASE II "DISEÑO DE ESTUDIO NO PARAMÉTRICO:

Variable Independiente (VI): Retraso en la adquisición del lenguaje comprensivo/expresivo subdividida en los componentes semántico, sintáctico, semántico y sintáctico. Analizada como variable nominal dicotómica con tres categorías discretas

a) SI retraso en la adquisición del lenguaje:

- Retraso en el componente semántico
- Retraso en el componente sintáctico
- Retraso en el componente semántico y sintáctico

b) NO retraso en la adquisición del lenguaje:

- Retraso en el componente semántico
- Retraso en el componente sintáctico
- Retraso en el componente semántico y sintáctico

Variable Dependiente (VD): Presencia de dificultades en la lectura comprensiva.

Analizada como variable nominal dicotómica

a) SÍ presencia de retraso en la comprensión lectora de tipo específico

b) NO presencia de retraso en la comprensión lectora de tipo específico

5.3.4.- HIPÓTESIS PLANTEADAS

Se han establecido según el diseño de investigación:

A.- FASE I: "DISEÑO DE ESTUDIO ECOLÓGICO":

Los datos son analizados desde una única muestra con un estudio exploratorio, por lo que no se plantean hipótesis de tipo experimental.

Se describe cuál ha sido la línea de exploración:

- a) Presentar las diferentes patologías, su relación con la edad y sexo, que han sido atendidas en la unidad clínica desde el año 1981 hasta 1994, con el fin de comprobar la relación existente entre los resultados de la presente tesis y los aportados por investigaciones preliminares tanto en el ámbito anglosajón como latino.

Hipótesis exploratoria 1: *Comprobar las patologías de mayor frecuencia de aparición en cualquiera de los trastornos del lenguaje, habla y voz a lo largo del ciclo vital.*

Hipótesis exploratoria 2: *Comprobar la relación de las diferentes patologías en relación a la edad desde el supuesto básico de que son las edades tempranas donde mayor nivel de demanda de intervención se produce.*

Hipótesis exploratoria 3: *Comprobar la relación de las diferentes patologías en relación al sexo desde el supuesto básico de que los niños presentan mayor nivel de demanda asistencial que las niñas tal y como muestran investigaciones anteriores.*

B.- FASE II: "DISEÑO DE ESTUDIO NO PARAMÉTRICO"

- a) Comprobar la relación existente entre los retrasos lingüísticos – en base a sus componentes – y la presencia de dificultades en la comprensión lectora desde un estudio descriptivo no experimental.

Hipótesis exploratoria 4: *Los retrasos en la adquisición del lenguaje - desde los componentes semánticos, sintácticos y/o semánticos-sintácticos- (VI) se asocian con dificultades en la comprensión lectora (VD).*

5.3.5.- UNIVERSO Y SELECCIÓN DE LA POBLACIÓN

A.- POBLACIÓN:

Se analizaron los historiales clínicos obtenidos en las Escuelas Superiores de Psicología del Lenguaje y Logopedia – actualmente Diplomatura de Logopedia – pertenecientes a la Universidad Pontificia de Salamanca. Se seleccionan en base a dos intervalos temporales reflejados en dos fases de estudio:

a) 1981 a 1994 (ambos incluidos): análisis de la casuística en patología del habla, lenguaje y voz

b) 1981 hasta 2005 (ambos incluidos): análisis de la relación entre los componentes del lenguaje oral y comprensión lectora

El abordaje terapéutico – evaluación e intervención directa con el paciente – y posterior creación de historiales clínicos fue llevado a cabo por alumnos/as de las especialidades de psicología del lenguaje y de logopedia formando grupos de 3 ó 4 personas. Esta labor diagnóstica y de intervención en cada caso siempre estuvo supervisada por docentes según las diferentes áreas de intervención.

La llegada de cada paciente se realiza mediante cita previa concertada telefónicamente en la que se recogía el motivo de consulta y, tras una breve descripción de sus dificultades, el/la paciente era citado para una entrevista directa (Anexo II), llevada a cabo por un profesor-coordinador de área y grupo de alumno/s en práctica. Esta tarea podía observarse desde las cámaras de Gesell para el aprendizaje y discusión de los casos de intervención.

Una vez orientado el diagnóstico, desde un juicio clínico aproximativo, se procedía a la evaluación sistemática y rigurosa de su problemática junto a cualquier aspecto relacionado con ella, mediante pruebas específicas o relacionadas con la

evaluación psicolingüística mediante pruebas standarizadas o registros observacionales sistemáticos

El criterio diagnóstico se estableció según los principios etiológicos que reflejan las historias clínicas recogidas en el apartado juicio diagnóstico del protocolo-registro (Anexo I).

Los resultados finales quedaban plasmados en un informe personal que se recogía – junto a cada prueba – en un historial clínico propio con todos los datos identificativos, pruebas de evaluación y programa de intervención. Estos historiales han servido de fuente de información para la presente tesis doctoral descartándose aquellos con información insuficiente (fueron descartados 189 informes clínicos en total).

B.- SELECCIÓN DE LA MUESTRA:

Los sujetos pertenecientes a la muestra han sido elegidos según el diagnóstico clínico que aparece en el historial.

La recogida de datos de la muestra se ha realizado desde un "*Protocolo de registro de datos*" (Anexo I) contrastado con los utilizados en investigaciones previas sobre patología del lenguaje (Garrido et al., 1995) en psicología de la salud. En este protocolo se resumen los datos plasmados en cada historia clínica – 31 variables en total -. La información se informatizó en la base de datos Acces 2000 (donde se escribe literalmente la información) y desde aquí se perfilan y seleccionan las variables de estudio en Excel. Finalmente, se codifican para su posterior análisis estadístico en el programa SPSS.15

Las variables seleccionadas finalmente – según las dos fases de trabajo -son:

- a) *Patología, edad y sexo*: evaluados con medidas de porcentaje desde la distribución conjunta de frecuencias absolutas y relativas
- b) *Relación patología y edad; relación patología y sexo*: con coeficientes de correlación χ^2 - Cuadrado mediante tablas de contingencia

5.3.6- INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN

Para el estudio de la patología lingüística se han utilizado diversas escalas, registros observacionales sistemáticos, test psicométricos específicos y aquellos relacionados con otro tipo de dificultades que inciden directa o indirectamente en su desarrollo (pruebas de inteligencia, psicomotricidad...).

A.- PRIMER CONTACTO CON EL PACIENTE:

Una vez que el paciente o familiar solicitaban cita mediante llamada telefónica, donde se presentan las circunstancias del caso, se realizaban varios pasos:

1.1.- Entrevista elaborada en las Escuelas de Logopedia y Psicología del Lenguaje (Anexo II): Se recoge toda la información pertinente del paciente y desde ésta se orienta la evaluación según los resultados obtenidos. Se plantean varios campos:

- Datos identificativos del paciente: tanto personales como familiares
- Categorización del problema: se recoge de forma literal a la petición asistencial, junto a los antecedentes terapéuticos por el mismo problema
- Antecedentes personales relacionados con el desarrollo fetal, nacimiento y todas las adquisiciones evolutivas (motriz, lingüístico, social...), valoraciones audiométricas y/o oftalmológicas que se hayan realizado. Se orienta fundamentalmente hacia el desarrollo del lenguaje oral y posible relación con algún tipo de discapacidad
- Antecedentes personales relacionados con el proceso y desarrollo de escolarización. Se intenta obtener información sobre los aspectos relacionados con la adquisición y desarrollo del lenguaje escrito y otros procesos de aprendizaje
- Antecedentes familiares relacionados con dificultades lingüísticas y cómo aborda el entorno sociofamiliar la problemática del niño y sus antecedentes familiares

Esta primera entrevista personal guiada, en base a los resultados obtenidos, los pasos de la evaluación de todos los aspectos relacionados directamente con la competencia comunicativa.

B.- PRUEBAS PARA LA EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO:

Se ha realizado según diferentes áreas mediante escalas, protocolos de registro y la versión española de los métodos psicométricos estandarizados de valoración. En dicho anexo se presenta una revisión bibliográfica de los test y protocolos de mayor uso para la valoración de los aspectos globales del niño/sujeto que acude a consulta (Ver Anexo 3). Igualmente se exponen sus características mínimas (autor, aplicación individual o colectiva, editorial...) seguido de las áreas funcionales que evalúa y su utilidad principal:

2.1.- Área cognitiva y de la inteligencia: se aplican tanto escalas de desarrollo madurativo, como test estandarizados verbales y no verbales. Su finalidad diagnóstica, además de obtener datos sobre la inteligencia, iba dirigida a posibilitar el origen secundario de algunos retrasos lingüísticos o del habla. Desde sus resultados también se aborda el tipo y nivel de la intervención como primer punto de partida.

2.2.- Área comunicativa y del lenguaje: valorada desde registros observacionales para pautas puramente comunicativas, protocolos de evaluación consensuados interjueces y test estandarizados específicos para el habla, lenguaje oral/escrito y voz.

2.3.- Área psicomotriz: valoración de aspectos motrices relacionados con la dominancia hemisférica y manual.

2.4.- Pruebas de valoración neuropsicológicas: evaluación de las funciones cognitivas implicadas en el lenguaje e inteligencia verbal/no verbal

2.5.- Pruebas de valoración de la personalidad y socialización: utilizadas secundariamente a la valoración de la competencia comunicativa, como aspectos

relacionados con ésta.

C.- PROGRAMAS INFORMÁTICOS:

En el estudio y análisis de los resultados de las historias clínicas se han utilizado los siguientes programas en español:

3.1.- *Programa Microsoft Access 2000*: base de datos empleada en la recogida de datos desde los "protocolos de registro". En ella se organiza la información manuscrita para su posterior estudio y análisis informático.

3.2.- *Programa Microsoft Office Excel 2000*: hoja de cálculo empleada para la primera selección de variables, así como su codificación numérica desde los datos escritos ortográficamente

3.3.- *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) v.15.0*: programa empleado para la gestión de datos de las diferentes variables y para la presentación de los resultados en tablas y gráficos.

D.- REGISTRO DE DATOS EN HISTORIAL PERSONAL:

Una vez concluido todo el proceso anterior, los resultados de la entrevista, las pruebas de valoración, informe con los resultados y diagnóstico y la programación/recomendación de intervención, quedaba guardado en un historial personal, bajo la custodia de la Dirección de las Escuelas.

5.3.7- PROCEDIMIENTO Y ANÁLISIS DE LA MUESTRA

Se trabaja con una población de 1.100 historias clínicas específicas en patología del habla, lenguaje y voz seleccionando finalmente una muestra total de 911 casos, pues se descartan aquellos historiales con datos insuficientes para el

estudio. La muestra no presenta limitación alguna, en cuanto a patología o edad de consulta. Dicha muestra se analiza en dos tramos:

En la primera fase se trabaja con todos los diagnósticos abarcando los 13 años de coexistencia del Master en Psicología del Lenguaje y la Especialidad de Logopedia – entre los años 1981 y 1994 –. Posteriormente, en la segunda fase – comprendida desde el año 1981 hasta el 2005 -, se analiza exclusivamente aquellos casos que presenten retrasos en el lenguaje oral para analizar la relación existente entre estos y la dificultad en la comprensión lectora.

Cada diagnóstico – y no los sujetos de la población – es entendido y clasificado como un único caso tomado en cada año académico.

5.4- RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

5.4.1.- FASE I: ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LA PATOLOGÍA GLOBAL (1981 A 1994)

Una vez registrada la información de las historias clínicas se lleva a cabo un estudio sobre la prevalencia de las diferentes patologías abordadas en el centro asistencial de Psicología del Lenguaje y Logopedia. Para ello se utilizan dos tipos de análisis estadístico descriptivo:

a) Se realiza un análisis exploratorio con índices descriptivos de *distribución conjunta de Frecuencias Absolutas y Relativas* a partir del elenco íntegro de patologías sEn limitación de edades:

1. patología
2. edad
3. sexo

b) Igualmente, se estudia la relación existente entre dichas variables utilizando el *Coefficiente de Contingencia*:

1. χ^2 - *Cuadrado de Razón de Verosimilitudes* en la relación patología-sexo
2. χ^2 - *Cuadrado de Razón de Verosimilitudes* en la relación patología-edad

A.- CASOS TRATADOS EN CADA CURSO ACADÉMICO

De los resultados obtenidos, se observa que el mayor número de consultas se produce durante el curso académico 89-90 (el 13,3% de la casuística total) mientras que el curso de menor número de casos que demanda asistencia se produce es en el 86-87 (1,8% del total). Más allá de las fluctuaciones, se puede interpretar que la frecuencia de casos que consultan aumenta especialmente a partir del curso 89-90. Podría decirse que, este incremento asistencial se ha desarrollado a medida que la labor científica y terapéutica de las Escuelas se divulgó a través de eventos científicos como la organización de congresos, jornadas y divulgación científica de su labor docente-asistencial, así como del apoyo y acuerdos con diversas Instituciones públicas y privadas en al ámbito de nuestra Comunidad Autónoma principalmente. De la misma forma, la propia notoriedad que el centro iba generando en la provincia salmantina y adyacente - se registra incluso algún caso portugués – contribuyó de forma notable a este incremento.

Este devenir en cuanto a la demanda asistencial por cursos académicos se expone en la tabla 12:

Tabla 12. Porcentajes de casos tratados en cada curso académico

		Curso realizándose			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	81-83	96	10,5	10,5	10,5
	83-84	87	9,5	9,5	20,1
	84-85	74	8,1	8,1	28,2
	85-86	31	3,4	3,4	31,6
	86-87	16	1,8	1,8	33,4
	87-88	32	3,5	3,5	36,9
	88-89	45	4,9	4,9	41,8
	89-90	121	13,3	13,3	55,1
	90-91	113	12,4	12,4	67,5
	91-92	101	11,1	11,1	78,6
	92-93	106	11,6	11,6	90,2
	93-94	89	9,8	9,8	100,0
	Total	911	100,0	100,0	

B.- ANÁLISIS CUALITATIVO DEL PORCENTAJE DE PATOLOGÍAS

Los datos reflejan que son las dificultades relacionadas con el lenguaje escrito - disortografías, disgrafías, fluidez y comprensión lectora - (el 19.1%); las dificultades en la articulación del habla (14.2%) y las alteraciones de voz (12.5%) las que presentan un mayor porcentaje de demanda asistencial de la casuística total.

En este sentido, cabe señalar que, los resultados del presente trabajo son idénticos a los de McLeod et al. (2007) en cuanto a la comparación de la prevalencia respecto al número de casos con dificultades de aprendizaje del lenguaje escrito - registradas como diagnóstico propio e independiente - y las demás patologías lingüísticas, de habla o voz. Analizadas como categoría diagnóstica independiente son superiores al resto, siendo un dato destacable puesto que, tal y como señalan de Andrade (1997) y Law et al. (2000), necesitaba ser estudiada, no como dificultad secundaria o secuela de los retrasos lingüísticos o de habla, sino dentro de un estudio riguroso y exhaustivo de su prevalencia

específica. Tal y como se recoge en el trabajo de McLeod et al. (2007) y la presente Tesis ésta es mayor entre el resto de patologías.

Las dificultades por las que menos se acude son las relacionadas con el cálculo y razonamiento matemático (0.2%) y la tartamudez evolutiva o fisiológica (0.5%) del total. Los datos se reflejan en la tabla 13 y en la figura 10:

Tabla 13. Porcentajes de patologías que demandan consulta

		Diagnóstico clínico			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	NADA PATOLOGICO	67	7,4	7,4	7,4
	R. HABLA	129	14,2	14,2	21,5
	R. LENGUAJE	74	8,1	8,1	29,6
	DISGLOSIA	22	2,4	2,4	32,1
	AFASIAS	23	2,5	2,5	34,6
	TRASTORNOS DE VOZ	114	12,5	12,5	47,1
	DIFICULTADES LGE ESCRITO	174	19,1	19,1	66,2
	TARTAMUDEZ	70	7,7	7,7	73,9
	DISC. MOTRIZ	48	5,3	5,3	79,1
	DISC. INTELECTUAL	78	8,6	8,6	87,7
	DISC. AUDITIVA	50	5,5	5,5	93,2
	D. A. H.	15	1,6	1,6	94,8
	DISCALCULIA	2	,2	,2	95,1
	TGD	23	2,5	2,5	97,6
	TTMD. EVOLUTIVA	5	,5	,5	98,1
	OTROS	17	1,9	1,9	100,0
	Total	911	100,0	100,0	

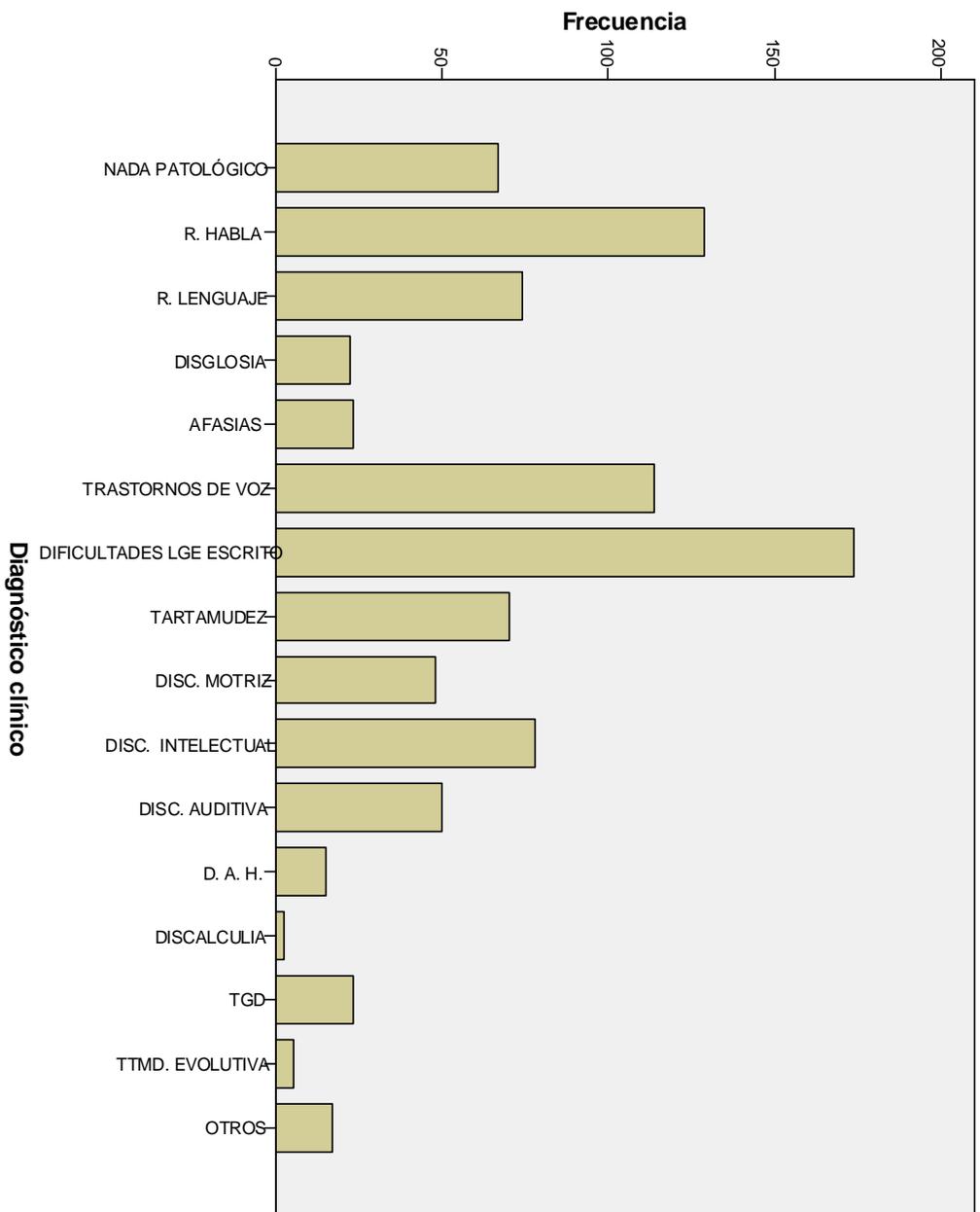


Figura 10. Porcentaje de consultas por diagnóstico

C.- ANÁLISIS CUALITATIVO DE LA EDAD DE PRIMERA CONSULTA

Se concluye que:

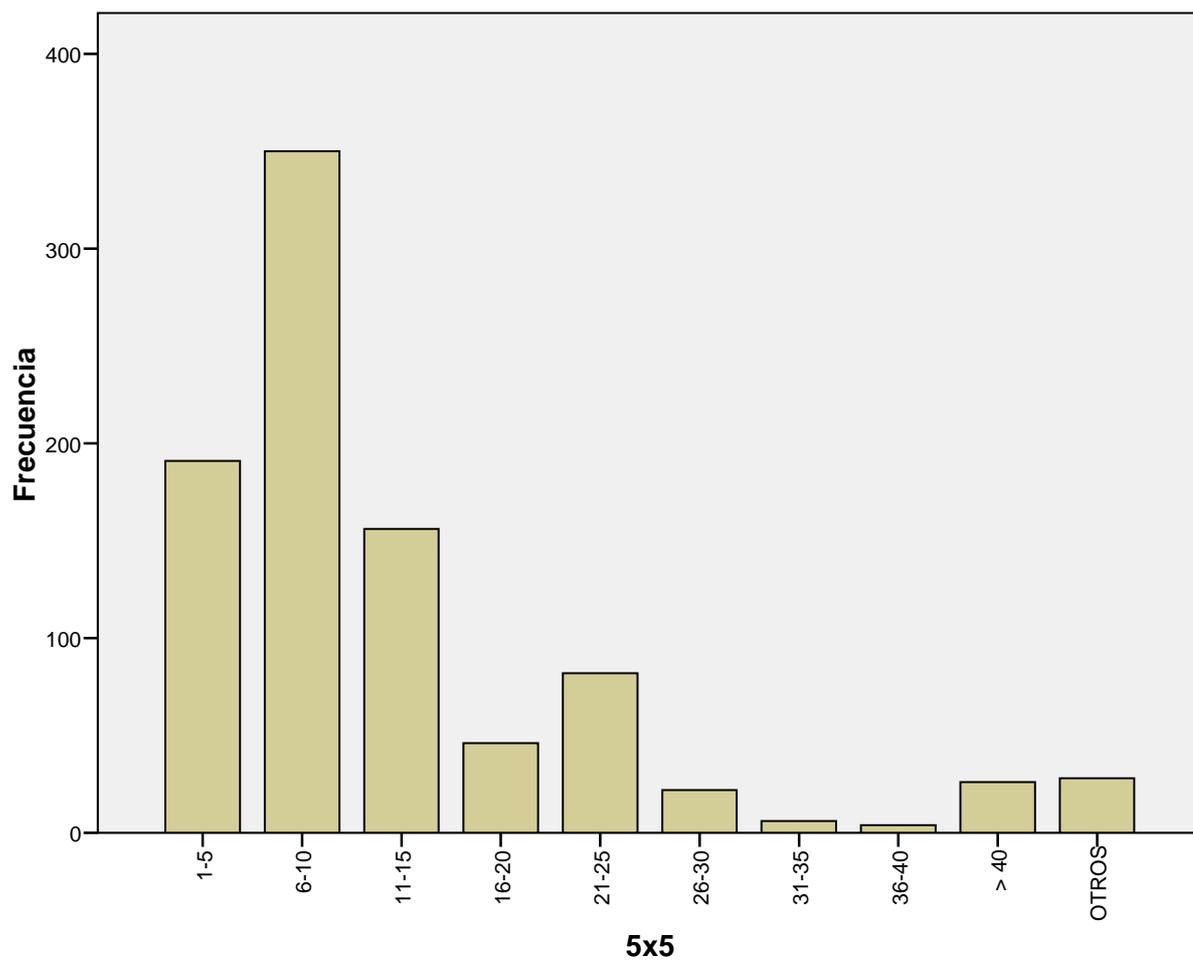
“En la muestra estudiada de las diferentes patologías del lenguaje, habla y voz pertenecientes a la población tratada en el centro asistencial de las E.S. de Logopedia y Psicología del Lenguaje de la UPSA durante los cursos 81 a 94, se observó que el tramo comprendidos entre los 6-10 años (38.4%) es el que presenta un mayor porcentaje de consulta seguido por los tramos comprendidos entre 1-5 años (21.0%) y 11-15 años (17.1%). Igualmente aparece un gran decremento en torno a los 36-40 (0.4%) y 31-35 años (0.7%) para, finalmente, volver a aumentar levemente más allá de los 40 años (2.9%)”. Los datos se ofrecen en la tabla 14 y figura 11. El análisis más detallado de la relación entre diagnóstico y edad se verá en un próximo apartado.

Tabla 14. Porcentajes de edades de mayor prevalencia de consulta

3333

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos 1-5	191	21,0	21,0	21,0
6-10	350	38,4	38,4	59,4
11-15	156	17,1	17,1	76,5
16-20	46	5,0	5,0	81,6
21-25	82	9,0	9,0	90,6
26-30	22	2,4	2,4	93,0
31-35	6	,7	,7	93,6
36-40	4	,4	,4	94,1
> 40	26	2,9	2,9	96,9
OTROS	28	3,1	3,1	100,0
Total	911	100,0	100,0	

Figura 11. Porcentajes de edades de mayor prevalencia de consulta



D.- ANÁLISIS CUALITATIVO DEL SEXO

Los datos por porcentajes (ver tabla 15 y figura 12) muestran que es la población masculina quienes presentan un mayor porcentaje de patología global, casi en una proporción de 2:1. Esta mayor prevalencia de la patología lingüística general se ve confirmada, igualmente, desde el establecimiento de asociación mediante el análisis estadístico de χ -cuadrado de bondad de ajuste (ver tabla 16):

HIPOTESIS: *"La población tratada en el centro asistencial perteneciente a las E.S. de Logopedia y Psicología del Lenguaje de la UPSA durante los cursos 81 a 94...:*

Ho = *"presenta el mismo porcentaje de varones y mujeres en las diferentes patologías del lenguaje, habla y voz"*

H1 = *"NO hay igual porcentaje de varones y mujeres en las diferentes patologías del lenguaje, habla y voz".*

Los datos reflejan que (ver tabla 15 y 16):

"En la muestra general de las diferentes patologías del lenguaje, habla y voz pertenecientes a la población tratada en el centro asistencial durante los cursos 81 a 94, se observó que el 63.4% eran varones frente al 36.6% de mujeres. Igualmente, con un $p < 0.05$ se han encontrado evidencias estadísticas que apoyan que en esta población de estudio las diferentes patologías afectan más a los hombres que a las mujeres" (χ -cuadrado= 65,889; $gl= 1$; $n=911$; $p=0, 000$)

Tabla 15. Porcentajes en cuanto al sexo

		Sexo			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	HOMBRE	578	63,4	63,4	63,4
	MUJER	333	36,6	36,6	100,0
	Total	911	100,0	100,0	

Figura 12. Porcentajes en cuanto al sexo

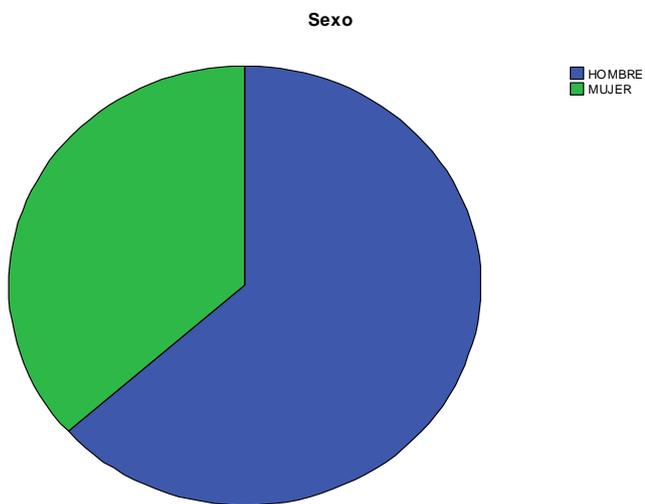


Tabla 16. Análisis de la significación estadística de la variable sexo

Estadísticos de contraste

	Sexo
Chi-cuadrado ^a	65,889
gl	1
Sig. asintót.	,000

a. 0 casillas (,0%) tienen frecuencias esperadas menores que 5. La frecuencia de casilla esperada mínima es 455,5.

E.- ANÁLISIS CUALITATIVO DE LA RELACIÓN ENTRE SEXO Y PATOLOGÍA

Los datos concretos de la muestra estudiada entre las diversas patologías específicas y el sexo se detallan mediante los Residuos Tipificados Corregidos en la tabla 18 donde se refleja que son principalmente:

1.- Las dificultades de habla y la tartamudez se asocian significativamente al sexo masculino.

2.- Los problemas de voz se asocian de forma significativa al sexo femenino siendo exclusivamente la única categoría que supera al sexo masculino en número de casos.

3.- Finalmente se observa que, aunque no se puede hablar de relación significativa, sí que se registra una tendencia asociativa entre el sexo masculino y las dificultades en el lenguaje oral y la discapacidad auditiva.

Estos datos son coincidentes con los resultados obtenidos en la mayoría de las investigaciones sobre la prevalencia en las diferentes patologías del lenguaje (Garrido et al., 1995; De Andrade, 1997; Law et al., 2000; McLeod et al., 2007)

Respecto al análisis estadístico de la muestra de estudio refleja que existe una relación moderada en el grado de asociación entre las diferentes patologías y el sexo tal y como se observa en la tabla 17 (V de Cramer= 0.4; $p=0.000$)

Tabla 17: Grado de asociación entre sexo y patología

		Medidas simétricas	
		Valor	Sig. aproximada
Nominal por	Phi	,397	,000
nominal	V de Cramer	,397	,000
N de casos válidos		911	

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 18. Relación entre sexo y patología

Tabla de contingencia Diagnóstico clínico * Sexo

			Sexo		Total
			HOMBRE	MUJER	
Diagnóstico clínico	NADA PATOLOGICO	Recuento	42	25	67
		% de Sexo	7,3%	7,5%	7,4%
Residuos corregidos		-,1	,1		
R. HABLA	Recuento	102	27	129	
	% de Sexo	17,6%	8,1%	14,2%	
	Residuos corregidos	4,0	-4,0		
R. LENGUAJE	Recuento	54	20	74	
	% de Sexo	9,3%	6,0%	8,1%	
	Residuos corregidos	1,8	-1,8		
DISGLOSIA	Recuento	16	6	22	
	% de Sexo	2,8%	1,8%	2,4%	
	Residuos corregidos	,9	-,9		
AFASIAS	Recuento	15	8	23	
	% de Sexo	2,6%	2,4%	2,5%	
	Residuos corregidos	,2	-,2		
TRASTORNOS DE VOZ	Recuento	19	95	114	
	% de Sexo	3,3%	28,5%	12,5%	
	Residuos corregidos	-11,1	11,1		
DIFICULTADES LGE ESCRITO	Recuento	119	55	174	
	% de Sexo	20,6%	16,5%	19,1%	
	Residuos corregidos	1,5	-1,5		
TARTAMUDEZ	Recuento	55	15	70	
	% de Sexo	9,5%	4,5%	7,7%	
	Residuos corregidos	2,7	-2,7		
DISC. MOTRIZ	Recuento	35	13	48	
	% de Sexo	6,1%	3,9%	5,3%	
	Residuos corregidos	1,4	-1,4		
DISC. INTELECTUAL	Recuento	44	34	78	
	% de Sexo	7,6%	10,2%	8,6%	
	Residuos corregidos	-1,3	1,3		
DISC. AUDITIVA	Recuento	37	13	50	
	% de Sexo	6,4%	3,9%	5,5%	
	Residuos corregidos	1,6	-1,6		
D. A. H.	Recuento	10	5	15	
	% de Sexo	1,7%	1,5%	1,6%	
	Residuos corregidos	,3	-,3		
DISCALCULIA	Recuento	1	1	2	
	% de Sexo	,2%	,3%	,2%	
	Residuos corregidos	-,4	,4		
TGD	Recuento	17	6	23	
	% de Sexo	2,9%	1,8%	2,5%	
	Residuos corregidos	1,1	-1,1		
TTMD. EVOLUTIVA	Recuento	4	1	5	
	% de Sexo	,7%	,3%	,5%	
	Residuos corregidos	,8	-,8		
OTROS	Recuento	8	9	17	
	% de Sexo	1,4%	2,7%	1,9%	
	Residuos corregidos	-1,4	1,4		
Total	Recuento	578	333	911	
	% de Sexo	100,0%	100,0%	100,0%	

F.- ANÁLISIS CUALITATIVO DE LA RELACIÓN ENTRE EDAD Y PATOLOGÍA

Se observa que existe, entre la edad y patología global, una relación significativa moderada o media (V de Cramer= 0.40; $p= 0.000$) tal y como se expone en la tabla 19.

Tabla 19: Grado de asociación entre edad y patología

		Medidas simétricas	
		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	1,204	,000
	V de Cramer	,401	,000
N de casos válidos		911	

- a. Asumiendo la hipótesis alternativa.
- b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Analizando los datos de la muestra, para observar si existe relación significativa entre la edad y las diversas patologías, mediante los Residuos Tipificados Corregidos (ver tabla 20) se observa que:

F.1.- Existe asociación significativa entre:

1. Las consultas por dificultades consideradas como no patológicas y edades comprendidas entre los 11-15 años;
2. Las dificultades en el habla y en el lenguaje oral y edades entre los 1-5 años;
3. Los trastornos neuropsicológicos (afasias) y edades comprendidas entre los 31-35 y más de 40 años;
4. Las alteraciones de voz y edades – en este orden – comprendidas entre los 21-25, 26-30, 31-35,36-40 y 16-20, y finalmente con mayores de 40 años de edad;
5. Las dificultades de aprendizaje del lenguaje escrito y edades comprendidas entre los 6-10 y 11-15 años de edad;

6. Las consultas por tartamudez – por este orden - con edades comprendidas entre los 26-30; 16-20 y 21-25 años;
7. Las dificultades lingüísticas secundarias a la discapacidad motriz de 1-5 años
8. Las dificultades lingüísticas secundarias a la discapacidad intelectual de 6-10 años;
9. Las dificultades lingüísticas secundarias a la discapacidad auditiva de 16-20 y 11-15 años – en este orden -;
10. Las dificultades con el cálculo y/o razonamiento matemático (discalculias) con edades entre 6-10 años;
11. Los trastornos generales del desarrollo (autismo, Asperger...) con edades comprendidas entre los 1-5 y los 36-40 años de edad
12. Finalmente, la tartamudez evolutiva o fisiológica con la edad de 1-5 años

F.2.- Existe tendencia a la asociación entre:

1. Las consultas por nada patológico y la edad comprendida entre 6-10 años. Este hecho tal vez puede ser debido a una excesiva preocupación de los padres por pequeñas dificultades lingüísticas orales o por encontrarse algún tipo de dispedagogía enmascarada bajo dificultades de aprendizaje del lenguaje escrito.

En general, se observa que las edades de mayor frecuencia de consulta se encuentran en los primeros años de vida (infancia y adolescencia) tal y como se expuso anteriormente en los datos de la tabla 14, aunque sí existe demanda asistencial destacable en edades posteriores (adultos y ancianos).

Los datos mostrados en la tabla 20 indican además que:

- a) El mayor porcentaje de consultas se produce entre los 6 y 10 años (38,4% de casos), son las *Dificultades relacionadas con el*

aprendizaje del lenguaje escrito y los *Retrasos de habla* quienes presentan una mayor frecuencia de demanda asistencial (tabla 20)

- b) Posteriormente, entre 1 y 5 años (21% de casos) son los *Retrasos de habla* y los *Retrasos del lenguaje* las que presentan una mayor frecuencia de demanda asistencial (tabla 20)
- c) Por último, entre los 11 y 15 años de edad son, nuevamente, las *Dificultades relacionadas con el aprendizaje del lenguaje escrito*, las consultas por *Nada Patológico*, *Tartamudez* y *Retrasos del lenguaje secundarios a Discapacidad auditiva* quienes presentan mayor frecuencia de demanda asistencial (tabla 20)

Si se analiza la casuística de forma más detallada relacionado cada una de las patologías y el porcentaje de edad de mayor demanda asistencial (ver tabla 20) nos encontramos que:

1. *Nada Patológico* (prevalencia del 7,4% de la casuística total): Los porcentajes de consulta más destacados se encuentran entre los 6 y 10 años (47,8% de las consultas en esta categoría). También se registran porcentajes relevantes en esta categoría entre los 11-15 (29,9%) y entre 1 y 5 años (14,9%).
2. *Retrasos de Habla* (prevalencia del 14,2% de la casuística total): Los porcentajes más elevados de consulta se encuentran entre 1 y 5 años (46,5% de la casuística en esta patología) y, entre los 6 y 10 años (43,4%), siendo la segunda patología más atendida en el centro asistencial de las Escuelas
3. *Retrasos del lenguaje* (prevalencia del 8,1% de la casuística total): Los

porcentajes más destacables se encuentran entre 1 y 5 años (54,5%) y 6 a 10 años (36,5% de la casuística en esta categoría diagnóstica).

4. *Disglosias (prevalencia del 2,4% de la casuística total)*: Los porcentajes mayores se encuentran entre los 6-10 años (45,5%) y 1-5 años (31,8%) para descender, progresivamente, hasta edades entre 26-30 donde ya no existen consultas
5. *Afasia (prevalencia del 2,5% de la casuística total)*: El porcentaje mayor de casos aparece a partir de los 40 años (78,3%)
6. *Disfonías (prevalencia del 12,5% de la casuística total)*: Es la tercera patología con mayor nivel de prevalencia, encontrando que, los niveles más altos de porcentaje se sitúan entre los 21-25 (52,6%) y, entre los 16-20 y 26-30 años de edad, con valores levemente superiores al 10%.
7. *Dificultades en el lenguaje escrito (prevalencia del 19,1% de la casuística total)*: Representa el nivel de prevalencia más elevado respecto al resto de patologías, encontrándose el porcentaje de consultas más destacado, entre los 6-10 años (60,3% de su casuística) y entre los 11-15 años (33,9%)
8. *Tartamudez (prevalencia del 7,7% de la casuística total)*: Los mayores valores de prevalencia en esta categoría se sitúan, principalmente, entre los 6-10 años (25,7%) y los 11-15 años (22,9%). En edades posteriores, 16 a 25 años, los porcentajes se sitúan en valores levemente superiores al 10% dentro de esta categoría

9. *Discapacidad Motriz (prevalencia del 5,3% de la casuística total)*: Los porcentajes de consulta más elevados se encuentran, en valores superiores al 35%, desde los primeros años de edad hasta los 16-20 años.
10. *Discapacidad Intelectual (prevalencia del 8,6% de la casuística total)*: Los porcentajes resultantes en cuanto a la prevalencia de este diagnóstico son más elevados aún que los retrasos primarios del lenguaje; encontrándose que, entre los 6-10 años, se registra el 57,7% de los casos con deficiencia mental, e igualmente, entre 1-5 y 11-15 se observan el 17,9% y el 14,1% de dicha casuística
11. *Discapacidad Auditiva (prevalencia del 5,5% de la casuística total)*: El mayor nivel de prevalencia, dentro de esta categoría diagnóstica, se encuentra entre las edades comprendidas entre los 11-15 años (32%), los 6-10 (28%), de 1-5 (20%) y, los 16-20 años (14%)
12. *Déficit Atención e Hiperactividad (prevalencia del 1,6% de la casuística total)*: Los valores porcentuales más relevantes se encuentran entre los 6-10 años de edad con el 53,3% de su casuística y, con porcentajes más bajos entre los 11-15 años (20%) y de 1-5 años (13,3%).
13. *Discalculia (prevalencia del 0,2% de la casuística total)*: El porcentaje total de casos en esta categoría diagnóstica se encuentra entre los 6-10 años de edad (100% de los casos).
14. *Trastorno General del Desarrollo (prevalencia del 2,5% de la casuística total)*: Los porcentajes de prevalencia se encuentran principalmente entre 1-5 años (56,5%) y 6-10 años (30,4%).

15. *Tartamudez Evolutiva o Fisiológica* (prevalencia del 0,5% de la *casuística total*): El porcentaje total de casos que acude a consulta se encuentra en los 5 primeros años de vida (100%⁹)

Tabla 20: Relación entre edad y patología

5.4.2.- FASE II: ANÁLISIS Y ESTUDIO DE LA RELACIÓN ENTRE EL LENGUAJE ORAL Y LA COMPRENSIÓN LECTORA

McLeod et al. en el año 2007, destacan que, son las dificultades de aprendizaje – especialmente del lenguaje escrito - las que mayor nivel de prevalencia presentan en Primaria y Secundaria. Este resultado coincide plenamente con el presente estudio doctoral tal y como se presentó con anterioridad.

En este sentido, un buen lector necesita una adecuada competencia lingüística oral comprensiva y expresiva para acceder al lenguaje escrito sEn dificultades de modo que: *"para obtener un buen rendimiento escolar, es preciso que el alumno cuente con un buen nivel de aptitudes lingüísticas de comprensión y expresión oral y escrita"* (Mayor, 1994, p.341).

Por esta razón, es frecuente que los niños con dificultades en la competencia lingüística continúen teniendo problemas en la escuela bajo la etiqueta de "Trastornos de Aprendizaje" (Carballo, 2006). Curiosamente quienes presentaban retrasos lingüísticos específicos, según Bishop et al. (1992), mostraban igualmente problemas de lectura, pero no tanto el reconocimiento de la palabra, como sí en la lectura comprensiva del texto la cual requiere, inicialmente, un adecuado desarrollo semántico y sintáctico para facilitar la posterior integración de las ideas del contenido y los conocimientos previos (Catts, 1993; Cruz, 2006; Sánchez, 1993, 2008).

En este sentido en el presente trabajo doctoral, siguiendo la idea planteada Leonard y Deevy (2004) para los retrasos del lenguaje, se relacionan los retrasos específicos del lenguaje oral comprensivo/expresivo – a nivel semántico y/o sintáctico – con la presencia o ausencia de dificultades en la comprensión lectora:

Un objetivo importante para futuras investigaciones será identificar con gran

precisión aquellos problemas que tienen una estricta base lexical, o sintáctica, y aquellas que son causados por los efectos de ambos en estas áreas. (Leonard et al., 2004, p. 228)

Para ello, del total de casos - entre 1981 y 2005 - con dificultades en el aprendizaje del lenguaje escrito, se seleccionaron aquellos que planteaban exclusivamente dificultades en la comprensión lectora - excluyendo las relacionadas con escritura y fluidez lectora -.

El análisis estadístico de los datos se realizó con coeficientes de correlación χ^2 -Cuadrado para comprobar la existencia de relación significativa y el grado de ésta.

5.4.2.1.- ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LA RELACIÓN ENTRE LOS RETRASOS DEL LENGUAJE ORAL (VI) Y DIFICULTADES EN LA COMPRENSIÓN LECTORA (VD)

Se cuenta con un total de 99 casos válidos con dificultades en la comprensión lectora, de los 120 tomados de la muestra de estudio, para comprobar la relación existente entre los componentes semántico y sintáctico del lenguaje oral expresivo o comprensivo y las dificultades en la comprensión lectora.

A.- RETRASOS LINGÜÍSTICO COMPENSIVO SEMÁNTICO, SINTÁCTICO Y MIXTO (VI) Y SU ASOCIACIÓN CON DIFICULTADES EN COMPRENSIÓN LECTORA (VD)

El análisis estadístico de los datos de la tabla 21 muestra la asociación significativa entre los retrasos del lenguaje oral comprensivo y las dificultades en la lectura comprensiva (R.V. = 10.488; gl = 3; n = 99; P = 0.015 < 0.05) siendo el grado de asociación moderada-leve (ver tabla 22).

Tabla 21: Relación entre el retraso del lenguaje oral comprensivo y la lectura comprensiva

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	8,074 ^a	3	,045
Razón de verosimilitudes	10,488	3	,015
Asociación lineal por lineal	7,521	1	,006
N de casos válidos	99		

- a. 6 casillas (75,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,45.

Tabla 22: Grado de relación significativa entre las variables

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,286	,045
	V de Cramer	,286	,045
N de casos válidos		99	

- a. Asumiendo la hipótesis alternativa.
 b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

El análisis estadístico de los datos de la tabla 23 reflejan que:

A) Existe relación significativa entre las dificultades mixtas receptoras y las dificultades en lectura comprensiva (con un residuo tipificado corregido de 2.1). Es decir, los problemas en vocabulario y sintaxis se asocian significativamente a dificultades en la lectura comprensiva

B) En menor magnitud, hay tendencia a la asociación entre las dificultades semánticas receptoras y las dificultades en la comprensión lectora (con un Residuo Tipificado Corregido de 1.5). Es decir, los problemas exclusivamente en vocabulario comprensivo tienden a relacionarse con dificultades en lectura comprensiva.

C) Las dificultades sintácticas receptoras no son analizables en los datos del presente estudio puesto que el Residuo Tipificado Corregido= 0.9 < 1,6).

Los problemas en la lectura comprensiva - no relacionados con dificultades en la competencia lingüística - podrían ser originados por variables extrañas tales como, el empleo inadecuado de estrategias de afrontamiento a la estructura del texto, memoria a corto plazo, etc... (Sánchez, 1993). Esta mínima discrepancia de resultados entre las dificultades lingüísticas y las dificultades estratégicas podría originar futuras investigaciones de tipo longitudinal para comparar resultados desde los propios servicios de orientación escolar.

Tabla 23: Grado de asociación entre los diferentes componentes lingüísticos comprensivos y las dificultades en comprensión lectora

Tabla de contingencia

			R.LGE. COMPENSIVO				Total
			No	SEMANTICA	SINTAXIS	MIXTO	
DIF. LECTURA COMPENSIVA	Si	Recuento	41	7	1	5	54
		% de R.LGE. COMPENSIVO	48,8%	77,8%	100,0%	100,0%	54,5%
		Residuos corregidos	-2,7	<u>1,5</u>	,9	<u>2,1</u>	
	No	Recuento	43	2	0	0	45
		% de R.LGE. COMPENSIVO	51,2%	22,2%	,0%	,0%	45,5%
		Residuos corregidos	<u>2,7</u>	-1,5	-,9	-2,1	
Total	Recuento	84	9	1	5	99	
	% de R.LGE. COMPENSIVO	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

B.- RETRASOS LINGÜÍSTICO EXPRESIVO SEMÁNTICO, SINTÁCTICO Y MIXTO (VI) Y SU ASOCIACIÓN CON LA COMPRESIÓN LECTORA (VD)

El análisis estadístico de los datos de la tabla 24 muestra que existe asociación significativa entre el retraso expresivo del lenguaje oral y la presencia de dificultades en comprensión lectora (χ -Cuadrado = 13.707; $gl = 2$; $n = 99$; $P = 0.001 < 0.05$) siendo el grado de asociación moderada-leve ($p = 0.372 > 0.3$) tal y como indica la tabla 25.

Tabla 24: Relación retrasos lenguaje oral expresivo y la lectura comprensiva

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	13,707^a	2	,001
Razón de verosimilitudes	14,915	2	,001
Asociación lineal por lineal	13,074	1	,000
N de casos válidos	99		

a. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 5,58.

Tabla 25: Grado de relación significativa entre las variables

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,372	,001
	V de Cramer	,372	,001
N de casos válidos		99	

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

El análisis estadístico mediante los Índices Tipificados Corregidos de los datos de la tabla 26 refleja que:

- a) Existe relación significativa entre los problemas sintácticos y las dificultades en comprensión lectora
- b) Existe relación significativa entre los problemas lingüísticos expresivos mixtos y las dificultades en la comprensión lectora.
- c) En cambio, se observa la ausencia de casos con dificultades semánticas expresivas relacionadas con el deterioro en la lectura comprensiva

Tabla 26: Grado de asociación entre los diferentes componentes lingüísticos expresivos y las dificultades en comprensión lectora

Tabla de contingencia

			R.LGE. EXPRESIVO			Total
			No	SINTAXIS	MIXTO	
DIF. LECTURA COMPRESIVA	Si	Recuento	31	10	12	53
		% de R.LGE. EXPRESIVO	42,5%	83,3%	85,7%	53,5%
		Residuos corregidos	-3,7	<u>2,2</u>	<u>2,6</u>	
	No	Recuento	42	2	2	46
		% de R.LGE. EXPRESIVO	57,5%	16,7%	14,3%	46,5%
		Residuos corregidos	<u>3,7</u>	-2,2	-2,6	
Total	Recuento	73	12	14	99	
	% de R.LGE. EXPRESIVO	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

5.4.2.2.- ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LA RELACIÓN ENTRE LOS RETRASOS DEL LENGUAJE ORAL (VI) Y DIFICULTADES EN LA COMPRESIÓN LECTORA (VD) SEGÚN LA EDAD

Los datos anteriores se analizan nuevamente según la edad del sujeto. Para ello se agrupan las edades en:

- 1.- niños de 0 a 5 años: prelectores
- 2.- niños de 6 a 10 años: lectores
- 3.- niños de más de 10 años: lectores plenamente competentes

A.- RETRASOS LINGÜÍSTICO COMPRENSIVO SEMÁNTICO, SINTÁCTICO Y/O MIXTO (VI) Y SU ASOCIACIÓN CON LA COMPRESIÓN LECTORA (VD) EN RELACIÓN A LA EDAD

El análisis estadístico de los datos de la tabla 27 muestra que existe asociación significativa entre el retraso comprensivo del lenguaje oral y la presencia de dificultades en comprensión lectora en la edad comprendida entre los 6 y 10 años (χ -Cuadrado = 10.44; $gl = 2$; $n = 99$; $P = 0.005 < 0.05$) siendo dicha asociación de grado moderado ($p = 0.375 > 0.3$) como puede apreciarse en la tabla 28. Más allá de esta edad no existe relación asociativa entre ambas variables ($P = 530 > 0.05$) e, igualmente, respecto a la edad de 0 a 5 años no aparecen casos (ver tabla 27).

Tabla 27: Relación entre los diferentes componentes lingüísticos comprensivos y las dificultades en comprensión lectora según la edad

Pruebas de chi-cuadrado

EDAD		Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
6-10	Chi-cuadrado de Pearson	8,286 ^a	2	,016
	Razón de verosimilitudes	10,442	2	,005
	Asociación lineal por lineal	7,282	1	,007
	N de casos válidos	59		
MÁS DE 10	Chi-cuadrado de Pearson	,898 ^b	2	,638
	Razón de verosimilitudes	1,268	2	,530
	Asociación lineal por lineal	,792	1	,373
	N de casos válidos	40		

a. 4 casillas (66,7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 2,37.

b. 4 casillas (66,7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,43.

Tabla 28: Grado de relación significativa entre las variables

Medidas simétricas

EDAD			Valor	Sig. aproximada
6-10	Nominal por nominal	Phi	,375	,016
		V de Cramer	,375	,016
	N de casos válidos		59	
MÁS DE 10	Nominal por nominal	Phi	,150	,638
		V de Cramer	,150	,638
	N de casos válidos		40	

- a. Asumiendo la hipótesis alternativa.
- b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Los datos que pueden observarse en la tabla 29 reflejan que:

1.- En el grupo de 6 a 10 años:

- a) Existe relación significativa entre las dificultades lingüísticas mixtas comprensivas y la presencia de dificultades en la lectura comprensiva
- b) Existe relación significativa, pero en menor magnitud, entre las dificultades lingüísticas semánticas comprensivas y la presencia de dificultades en la lectura comprensiva
- c) No se observa relación entre casos con retrasos exclusivamente sintácticos y la presencia de dificultades en comprensión lectora

2.- En el grupo de más de 10 años:

El análisis estadístico de los datos de la tabla 29 muestra que no existe asociación significativa entre el retraso comprensivo del lenguaje oral y la presencia de dificultades en comprensión lectora en sujetos mayores de 10 años (χ -Cuadrado = 1.27; $gl = 2$; $n = 99$; $P = 0.530 > 0.05$)

3.- En el grupo menor a 6 años no se cuenta con ningún sujeto

Tabla 29: Asociación significativa entre los diferentes componentes lingüísticos comprensivos y las dificultades en comprensión lectora según la edad

EDAD				R.LGE. COMPENSIVO				Total	
				No	SEMANTICA	SINTAXIS	MIXTO		
6-10 años	DIF. LECTURA COMPENSIVA	Si	Recuento	21	5		5	31	
			% de DIF. LECTURA COMPENSIVA	67,7%	16,1%		16,1%	100,0%	
			% de R.LGE. COMPENSIVO	43,8%	83,3%		100,0%	52,5%	
			Residuos corregidos	-2,8	1,6		2,2		
		No	Recuento	27	1		0	28	
			% de DIF. LECTURA COMPENSIVA	96,4%	3,6%		,0%	100,0%	
			% de R.LGE. COMPENSIVO	56,3%	16,7%		,0%	47,5%	
			Residuos corregidos	2,8	-1,6		-2,2		
	Total			Recuento	48	6		5	59
				% de DIF. LECTURA COMPENSIVA	81,4%	10,2%		8,5%	100,0%
			% de R.LGE. COMPENSIVO	100,0%	100,0%		100,0%	100,0%	
> 10 años	DIF. LECTURA COMPENSIVA	Si	Recuento	20	2	1		23	
			% de DIF. LECTURA COMPENSIVA	87,0%	8,7%	4,3%		100,0%	
			% de R.LGE. COMPENSIVO	55,6%	66,7%	100,0%		57,5%	
			Residuos corregidos	-,7	,3	,9			
		No	Recuento	16	1	0		17	
			% de DIF. LECTURA COMPENSIVA	94,1%	5,9%	,0%		100,0%	
			% de R.LGE. COMPENSIVO	44,4%	33,3%	,0%		42,5%	
			Residuos corregidos	,7	-,3	-,9			
	Total			Recuento	36	3	1		40
				% de DIF. LECTURA COMPENSIVA	90,0%	7,5%	2,5%		100,0%
			% de R.LGE. COMPENSIVO	100,0%	100,0%	100,0%		100,0%	

B.- RETRASOS LINGÜÍSTICO EXPRESIVO SEMÁNTICO, SINTÁCTICO Y MIXTO (VI) Y SU ASOCIACIÓN EN LA COMPRENSIÓN LECTORA (VD) EN RELACIÓN A LA EDAD

El análisis estadístico de los datos de la tabla 30 muestra que existe asociación significativa entre el retraso expresivo del lenguaje oral y la presencia de dificultades en comprensión lectora en la edad comprendida entre los 6 y 10 años (χ -Cuadrado = 14.720; $gl = 2$; $n = 99$; $P = 0.001 < 0.05$). Siendo dicha asociación de grado moderado-fuerte ($p = 0.476$ casi 0.5) tal y como puede apreciarse en la tabla 31. Más allá de esta edad no existe relación asociativa entre ambas variables (χ -Cuadrado= 2.10; $gl. = 2$; $n = 99$; $P = 0.349 > 0.05$), por tanto *NO existe relación significativa entre las variables* ($P = 0.349 > 0.05$, e igualmente, años no aparecen casos entre los 0 a 5 años de edad (ver tabla 30).

Tabla 30: Relación significativa entre los diferentes componentes lingüísticos expresivos y las dificultades en comprensión lectora según la edad

Pruebas de chi-cuadrado

EDAD		Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
6-10	Chi-cuadrado de Pearson	13,360 ^a	2	,001
	Razón de verosimilitudes	14,720	2	,001
	Asociación lineal por lineal	12,541	1	,000
	N de casos válidos	59		
MÁS DE 10	Chi-cuadrado de Pearson	1,977 ^b	2	,372
	Razón de verosimilitudes	2,103	2	,349
	Asociación lineal por lineal	1,904	1	,168
	N de casos válidos	40		

a. 4 casillas (66,7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 3,93.

b. 4 casillas (66,7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1,70.

El tamaño del efecto o, grado de asociación entre las variables VD y VI, es moderado-alto ($p = 0.476$ casi 0.5) tal y como se observa en la tabla 31

Tabla 31: Grado de relación significativa entre ambas variables

Medidas simétricas

EDAD			Valor	Sig. aproximada
6-10	Nominal por	Phi	,476	,001
	nominal	V de Cramer	,476	,001
	N de casos válidos		59	
MÁS DE 10	Nominal por	Phi	,222	,372
	nominal	V de Cramer	,222	,372
	N de casos válidos		40	

- a. Asumiendo la hipótesis alternativa.
- b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Los datos reflejan según la tabla 32 que:

1.- En el grupo de 6 a 10 años los datos reflejan que:

- a) Existe relación significativa entre los retrasos sintácticos expresivos y las dificultades en lectura comprensiva
- b) Existe relación significativa entre los retrasos mixtos expresivos y las dificultades en lectura comprensiva
- c) No se observa relación entre casos exclusivamente semánticos y dificultades en la lectura comprensiva

2.- En el grupo de más de 10 años:

El análisis estadístico de los datos de la tabla 20 muestra que NO existe relación significativa entre el retraso expresivo del lenguaje oral y la presencia de dificultades en comprensión lectora (χ^2 -Cuadrado = 1.8; $gl = 2$; $n = 99$; $P = 0.372 > 0.05$)

3.- En el grupo menor a 6 años no se cuenta con ningún sujeto

Tabla 32: Asociación significativa entre los diferentes componentes lingüísticos expresivos y las dificultades en comprensión lectora según la edad

EDAD				R.LGE. EXPRESIVO			Total	
				No	SINTAXIS	MIXTO		
6-10	DIF. LECTURA COMPRESIVA	Si	Recuento	15	7	8	30	
			% de DIF. LECTURA COMPRESIVA	50,0%	23,3%	26,7%	100,0%	
			% de R.LGE. EXPRESIVO	35,7%	87,5%	88,9%	50,8%	
			Residuos corregidos	-3,7	2,2	2,5		
		No	Recuento	27	1	1	29	
			% de DIF. LECTURA COMPRESIVA	93,1%	3,4%	3,4%	100,0%	
			% de R.LGE. EXPRESIVO	64,3%	12,5%	11,1%	49,2%	
			Residuos corregidos	3,7	-2,2	-2,5		
	Total			Recuento	42	8	9	59
				% de DIF. LECTURA COMPRESIVA	71,2%	13,6%	15,3%	100,0%
			% de R.LGE. EXPRESIVO	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
> 10	DIF. LECTURA COMPRESIVA	Si	Recuento	16	3	4	23	
			% de DIF. LECTURA COMPRESIVA	69,6%	13,0%	17,4%	100,0%	
			% de R.LGE. EXPRESIVO	51,6%	75,0%	80,0%	57,5%	
			Residuos corregidos	-1,4	,7	1,1		
		No	Recuento	15	1	1	17	
			% de DIF. LECTURA COMPRESIVA	88,2%	5,9%	5,9%	100,0%	
			% de R.LGE. EXPRESIVO	48,4%	25,0%	20,0%	42,5%	
			Residuos corregidos	1,4	-,7	-1,1		
	Total			Recuento	31	4	5	40
				% de DIF. LECTURA COMPRESIVA	77,5%	10,0%	12,5%	100,0%
			% de R.LGE. EXPRESIVO	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

5.5- DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

5.5.1.- FASE I: ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LA PATOLOGÍA GENERAL (1981 A 1994):

La revisión de Law et al. (2000) refleja que la mayoría de investigaciones se centran exclusivamente en la prevalencia de las dificultades específicas del habla y/o del lenguaje y que, además, existen pocos trabajos en habla no inglesa.

En este sentido, sólo los trabajos de Bonet (1986), Garrido et al. (1995), Gorospe et al. (1995), de Andrade (1997), Petheram et al. (2001) y, Broomfield et al. (2004a) abarcan la patología general, la edad y el sexo, al igual que el presente estudio doctoral que recoge la proposición de dichas investigaciones para aumentar estudios sobre el tema.

A) DIAGNÓSTICO

Los estudios epidemiológicos anteriormente mencionados registran los mayores índices de prevalencia en dificultades de articulación del habla y con retrasos del lenguaje oral. En nuestro caso, los resultados son coincidentes, a excepción de las dificultades relacionadas con el aprendizaje del lenguaje escrito donde encontramos la prevalencia más alta. En este sentido, de Andrade (1997) y McLeod et al. (2007) resaltaban la necesidad de crear nuevas investigaciones que tomaran estas últimas dificultades como categoría diagnóstica propia pues, encontraban un alto porcentaje de problemática en el lenguaje escrito asociada a los retrasos del lenguaje oral que no había sido estudiada hasta la fecha.

Los resultados del presente trabajo, muestran claramente, que este hecho es cierto y que, tomado como categoría propia es la variable con más alta prevalencia respecto al total de patologías (el 19,1%).

Posteriormente, son los retrasos de la articulación del habla (14,2%) y las alteraciones de voz (12,5%) – especialmente en adolescencia e inicio de edades adultas - los que presentan mayores niveles de prevalencia respecto a las demás patologías lingüísticas. Este resultado es coincidente con el realizado por Petheram et al. (2001), los cuales, encuentran resultados idénticos al presente trabajo doctoral pues, ambos estudios, coinciden en observar que, son las dificultades del habla y del lenguaje, junto a las alteraciones de voz, las patologías de mayor nivel de prevalencia en la muestra registrada. Igualmente, Garrido et al. (1995) destacan la mayor prevalencia de dificultades del habla y del lenguaje, frente al resto de patologías.

Respecto a los retrasos secundarios del lenguaje asociados a “Discapacidad mental”, “Discapacidad auditiva” o “Discapacidad motriz”, en el presente estudio, se registran valores comprendidos entre el 5 y 8 %. No obstante, si lo tomásemos como categoría conjunta entendida como trastornos secundarios del lenguaje (19,4%), presentan mayores niveles de prevalencia que los retrasos primarios del lenguaje (8,1%), duplicando sus porcentajes de prevalencia. Este dato es coincidente con los mostrados por Garrido et al. (1995) quienes muestran que tan sólo el 8% de los casos lingüísticos son auténticamente específicos o primarios, situando a los “Retrasos secundarios del lenguaje” más allá del 50%.

No obstante, esta disparidad en cuanto al porcentaje en los resultados entre ambos trabajos – no así la prevalencia que es equivalente - puede ser debida al particular origen de la demanda del centro asistencial del Hospital Clínico Universitario de Salamanca, ya que probablemente, recibe mayor variedad y número de remitentes dado que pertenece a la estructura organizativa sanitaria oficial.

Respecto a la tartamudez se observa una prevalencia del 7,7% cuyos resultados de prevalencia son similares a los de Andrade (1997)

B) DIAGNÓSTICO Y SEXO

Los resultados obtenidos en la tesis confirman los estudios previos (Garrido et al., 1995; Gorospe et al., 1995; Law et al., 2000; Petheram et al., 2001; Broomfield et al., 2004a) acerca del predominio general del género masculino sobre el femenino.

De forma más precisa:

- a) Se destaca, como excepción, a las Alteraciones de Voz cuya proporción de casos del sexo femenino supera al masculino con diferencias muy marcadas (8,6:1). Este resultado también coincide con el estudio de Gorospe et al. (1995) e, igualmente, en su etiología primordialmente de carácter funcional (Garrido et al., 1995).
- b) Se destaca la asociación especialmente significativa en dislalias (RTC= 3.8) y tartamudez (RTC= 2.5) respecto al sexo masculino. Estos resultados coinciden con los de Gorospe et al. (1995), cuya proporción en la tartamudez es de 4:1
- c) También, se observa una tendencia significativa - por este orden - en dificultades de aprendizaje del lenguaje escrito, retrasos lingüísticos primarios y retrasos lingüísticos secundarios a la discapacidad auditiva.
- d) En el campo de las afasias, a diferencia del estudio de Gorospe (1995), no hemos encontrado una tendencia significativa respecto al género dándose, proporciones similares, en ambos sexos.
- e) Igualmente, se registra una proporción similar en ambos sexos en cuanto a consultas por nada patológico (1:1).
- f) En el sexo femenino se recoge una proporción más elevada en los retrasos

secundarios por discapacidad intelectual y, contrariamente, más baja en los trastornos generales del desarrollo. En este sentido, Garrido et al. (1995) matizan que los retrasos específicos del lenguaje se dan más en los niños y los secundarios en las niñas, pero sEn especificar la patología concreta a la que se asocia.

C) EDAD DE PRIMERA CONSULTA

En esta variable se observa que:

- a) El mayor porcentaje de casos se encuentra en los intervalos comprendidos entre 1-15 años (76,5% de la casuística total). Este dato que coincide con la mayoría de los estudios previos (Bonet, 1986; Garrido et al., 1995; de Andrade, 1997), destacándose que, la mayor prevalencia de edad de consulta se observa en la franja comprendida entre los 6 y 10 años.

En este sentido, De Andrade (1997) muestra, igualmente, que es entre los 3 y 8 años donde la casuística es más alta – relacionada principalmente con retrasos de la adquisición lingüística en todas sus dimensiones, problemas articulatorios e ininteligibilidad del discurso -.

Petheram et al. (2001), no obstante, sitúan la mitad de sus referencias antes de los 5 años, con un descenso significativo más allá de esta edad. Este último dato sería plenamente coincidente con los resultados de la Tesis, si se hubiesen analizado exclusivamente las dificultades lingüísticas orales sEn categorizar como variable específica las dificultades de aprendizaje del lenguaje escrito - tal y como se ha hecho en los estudios previos -. Al contar nuestra investigación con dicha dificultad, el intervalo de edad entre 6-10 y 11-15 años, aumenta respecto al trabajo de Petheram et al. (2001). -.

- b) A partir de los 16 años, el porcentaje de casos desciende a niveles muy

bajos a excepción del margen entre 21-25 años situándose en un 9.0% del total de casos.

- c) Las edades que menos consultas demandan son las comprendidas entre los 31 y 40 años con un 1.1% del total. Este dato contradice al estudio de Garrido et al., (1995), quienes muestran un notable incremento de consultas entre los 30-45 años por disfonías y, entre los 15-30, igualmente, por exposición a ambientes ruidosos durante los fines de semana pero no ofrece datos concretos. Tal vez, esta discrepancia de datos sea debida a la mayor derivación que se produce en el Hospital Clínico por parte de otras ramas médicas como médicos de cabecera, otorrinos..., etc.
- d) Más allá de los 40 vuelve a subir hasta un 2.9% - fundamentalmente por afasias -. Este incremento de la prevalencia coincide con los estudios de Garrido et al., (1995) los que también muestran este incremento debido, principalmente, a las afasias más allá de los 50 años de edad y, Petheram et al. (2001) también por accidentes cerebrovasculares (ACV) a edades avanzadas (>70 años).

En general, el estudio concreta que la mayoría de las consultas se producen hasta los 15 años (periodo de adquisición de las habilidades lingüísticas orales y escritas) y que, a partir de esta edad, la demanda asistencial disminuye notablemente existiendo un leve repunte hacia los 25 años, edad donde se inicia la inserción sociolaboral. Más allá de los 40 vuelve a producirse un ligero incremento de consultas.

D) DIAGNÓSTICO Y EDAD DE PRIMERA CONSULTA

- a) El porcentaje mayor de demanda de consultas del presente estudio se realiza por "*Dificultades en el aprendizaje del lenguaje escrito*" (19.1%), con

- una alta asociación significativa entre los 6-15 años. Garrido et al. (1995) ofrecen una proporción muy similar (18%) y también ven disminuir su demanda más allá de esta edad. Broomfield et al. (2004a) apenas encuentra un 0.7% y de Andrade no analiza explícitamente dicho diagnóstico, por las características propias del servicio asistencial, aunque muestra un 5.3% como síntoma asociado a retrasos del lenguaje o dificultades de articulación.
- b) Las "*Dislalias*" se han aislado de las demás patologías del habla (disartrias, disglosias, tartamudez) para un análisis más exhaustivo puesto que éstas pueden influir de manera distinta en el aprendizaje y en la conducta. Representan el 14.2% en la tesis encontrándose la mayor franja de consulta entre 1-10 años – con una asociación altamente significativa hasta los 5 años de edad. Bonet (1986) también las analiza aisladamente mostrando proporciones muy similares (19.8%). De Andrade comenta que entre los 2 y 5 años, cerca del 47% de los niños presentan dificultades de articulación y entre los 5-7 una proporción media del 4%. Broomfield et al. (2004a) encuentra un 29.1%, aunque lo toma como diagnóstico general dentro de las patologías del habla -. Law et al. (2000)
- c) Las *Alteraciones de voz*, con el 12.5% de los casos, se sitúan en el tercer lugar en demanda de atención – muy especialmente desde los 16 años -. En este sentido es importante destacar la fuerte asociación significativa que tiene entre los 21-25 (exposición a ambientes ruidosos durante el fin de semana y/o inicio del periodo laboral) con el 73.2% de los casos, y entre los 36-40 con el 75.0% (generalmente profesionales docentes). Bonet encuentra datos similares (un 10.2%), mientras que Broomfield et al. (2004a) ofrecen, contrariamente, una casuística muy baja (el 2.0%). Garrido et al., (1995) muestran valores también muy parecidos (un 16%) que se ve incrementado con el tiempo, con un aumento importante entre los 30-45 y los 15-30 (datos coincidentes con la tesis). En la tesis se observa que las proporciones más bajas se sitúan en la franja inicial de 16 a 20 y en

la final de >40 años.

- d) *Los Retrasos primarios del lenguaje* muestran un 8.1% del total de la demanda; la edad principal de consulta está de 1-5 años hasta los 10 de edad. Broomfield et al. (2004a) y Garrido et al., (1995) recogen datos parecidos en torno al 37.3% y 38% respectivamente. Bonet no ofrece datos sobre esta patología. Se destaca la gran diferencia en porcentajes mostrada en el presente estudio respecto a los anteriores; no obstante Bonet en el pionero de éstos no muestra resultados. De Andrade, en su estudio comprendido entre los 3-8 años, también muestra que es la patología más frecuentes entre los 3 y 6 años de edad incidiendo en cualquiera de sus componentes (21% casos).
- e) Respecto a los *Retrasos lingüísticos secundarios* el estudio refleja una mayor petición asistencial por retraso mental (el 8.6%) seguido de la discapacidad auditiva (5.5%), parálisis cerebral infantil (5.3%) y los trastornos generales del desarrollo (2.5%). Este orden en la necesidad asistencial coincide con el trabajo de Bonet (1986) pero con proporciones menores. Se destaca que la proporción entre los Retrasos Primarios del lenguaje y los Secundarios a Retraso Mental presentan una mínima diferencia – un 0.5% a favor de este último -. Respecto a la edad de primera consulta existe asociación significativa con los retrasos lingüísticos primarios entre 1-5 años y con los secundarios a discapacidad mental entre los 6-10. Este dato puede ser explicado porque en el déficit mental leve, la consulta se producía más por el síntoma acompañante relacionado con el lenguaje escrito, que por la propia dificultad lingüística – aunque, en algunos casos, puede ser el síntoma que lleva a consulta-. De la misma forma, también se observa una asociación significativa con la discalculia – incluido razonamiento matemático- y las edades comprendidas entre los 6-10 años. Sobre estas últimas observaciones, no se han encontrado trabajos que analicen su prevalencia específica.

- f) En lo referente a *Tartamudez* se refleja un 7.7% del total que demanda atención asistencial. Broomfield et al. (2004a) encuentra un 5.3%. Garrido et al., (1995) no ofrecen datos concretos, pero destaca que es la patología del habla con mayor porcentaje de casos (superior a las dislalias). De Andrade resalta que la demanda asistencial aparece en torno a los 3-7 años, presentando el mayor porcentaje de consultas hacia los 7 años (4%) – señalar que su estudio comprende entre los 3 y 8 años- La casuística aparece significativamente entre los 16 y 30 años presentando la mayor proporción entre los 26-30 (un 22.7%). Queremos destacar que la presente tesis es el único estudio que analiza la tartamudez evolutiva de carácter no patológico – donde no se interviene con el niño - y se encuentran datos significativos entre 1 y 5 años con un 2.6% del total de casos.
- g) Las consultas por "*Nada patológico*" representan el 12% en Garrido et al., (1995) y el 9.8% en Broomfield et al. (2004a). En el caso de la presente tesis el 7.4%. En este sentido, existe asociación significativa en cuanto a la presencia entre los 11-15 y cierta tendencia entre los 6-10 años, encontrándose más del 90% de los casos en edades inferiores a los 15 años. En este sentido, la tesis refleja el aumento progresivo de la población en la demanda asistencial por dificultades lingüísticas. El hecho de que no aparezca asociación significativa en edades previas puede ser explicado por la actitud familiar que muestra cierta tendencia a esperar el desarrollo de las competencias lingüísticas orales y escritas hasta un cierto nivel de exigencia, guiándose por la comparación social y/o educativa.
- h) En "*Disglosias*" no se han encontrado datos para comparar, en la tesis se muestra un 2.45% de la casuística global.
- i) Respecto a las "*Afasias*" Bonet (1986) muestra un 4.1% de los casos. Garrido et al., (1995) destacan que es la patología de mayor demanda alrededor de los 55 años. En este estudio se observa un 2.5% que se sitúa preferentemente más allá de los 40 años. Este repunte de su prevalencia a

edades avanzadas también es resaltado por Petheram et al. (2001)

- j) Las "Trastornos generales del desarrollo" (2.5%), "Los trastornos por atención, hiperactividad y conducta" (1.6%) y "Discalculia" (0.2% de los casos) suponen los valores más bajos de prevalencia general.

5.5.2.-FASE II: ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LA RELACIÓN ENTRE EL LENGUAJE ORAL Y LA COMPRENSIÓN LECTORA (1981 A 2005)

Las investigaciones previas relacionan las dificultades en el lenguaje oral con las habilidades de aprendizaje de tal forma que los retrasos lingüísticos generan problemas académicos y sociolaborales (TomblEn et al., 2000; Catts et al., 2002; Young et al., 2002; SimkEn et al, 2006; Hall et al, 2007; McLeod et al., 2007).

Catts (1993) destaca igualmente esa relación significativa entre retraso lingüístico y presencia de dificultades lectoras en niños pequeños, dependiendo de la naturaleza del retraso - si afecta al habla o articulación, o si afecta al lenguaje y sus componentes -. En el caso de la comprensión lectora matiza que:

Los investigadores indican que los niños pequeños con dificultades semánticas-sintácticas, o que son reseñados generalmente como retraso del lenguaje, son quienes presentan mayores riesgos de dificultades lectoras que aquellos niños con problemas limitados exclusivamente a la articulación o la fonología. (Catts, 1993, p. 948-949)

En la presente Tesis se comprueba la existencia de relación significativa entre los retrasos del lenguaje oral comprensivo/expresivo en sus diversos componentes y las dificultades en la comprensión lectora.

En el análisis específico de sus componentes se observa que:

1.- APARECEN DIFICULTADES EN LA LECTURA COMPRESIVA CUANDO ESTÁN RETRASADOS:

- a) De forma conjunta, los componentes sintácticos y semánticos (denominados mixtos) tanto en comprensión como en expresión
- b) el componente semántico comprensivo
- c) el componente sintáctico expresivo

2.- NO APARECEN DIFICULTADES EN LA LECTURA COMPRESIVA CUANDO EXISTEN RETRASOS DEL LENGUAJE ORAL EN:

- a) el componente semántico expresivo
- b) el componente sintáctico comprensivo

Estos resultados son significativos en edades comprendidas entre los 6 y 10 años. Más allá de esta edad la relación entre las variables de estudio no es significativa.

3.- Destacar la mínima diferencia existente (un 2.4%) entre el grupo de niños sEn retrasos lingüísticos receptivos y quienes sí presentan dificultades en la lectura comprensiva. Esta mínima discrepancia puede ser explicada, tal vez, por limitaciones relacionadas con la propia organización y estructuración de las ideas del texto, por factores que impliquen a la memoria a corto plazo (Sánchez, 2008) lo cual, debería ser estudiada en investigaciones comparativas posteriores entre niños con problemas en la comprensión lectora y habilidades básicas de enfrentamiento al texto.

Por último, resaltar igualmente, la existencia de mínimas diferencias en cuanto a las dificultades en la comprensión lectora con el retraso sintáctico expresivo exclusivamente y el retraso expresivo mixto.

CAPÍTULO VI
CONCLUSIONES Y
NUEVAS PERSPECTIVAS DE INVESTIGACIÓN

CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES Y NUEVAS PERSPECTIVAS DE INVESTIGACIÓN

6.1.- CONCLUSIONES

*6.1.1.- FASE I: Análisis de la casuística global entre 1981
y 1994*

*6.1.2.- FASE II: Relación entre los retrasos del lenguaje
primarios y dificultades en la comprensión lectora*

6.2.- NUEVAS PERSPECTIVAS DE INVESTIGACIÓN

6.1.- CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos en esta Tesis, interpretados desde la perspectiva de la revisión de los estudios - nacionales e internacionales - sobre prevalencia en las diferentes patologías del lenguaje, habla y voz, permiten concretar las conclusiones que se exponen a continuación:

1.- La revisión bibliográfica que hemos realizado nos muestra que existen escasos estudios epidemiológicos que analicen la prevalencia de las diferentes patologías lingüísticas, del habla, voz y de la comunicación en general, aunque el conocimiento disponible, con respecto a cada una de ellas, sea fundamental para el establecimiento de los servicios asistenciales adecuados (Antoniadis et al., 1997; Lubker, 1997; Logeman, 1998). Si nos situamos en el ámbito científico de nuestro país, este tipo de estudios son claramente insuficientes. Así, se cuenta tan sólo con las investigaciones realizadas por Bonet (1986), Garrido et al. (1995), Gorospe et al. (1995), Petheram et al. (2001), Garrido et al. (2003) y, Broomfield et al. (2004a).

2.- Los estudios de prevalencia son necesarios, no sólo como procedimiento investigador para determinar cuáles son las dificultades más frecuentes en el ámbito lingüístico, y para su mejor conceptualización y abordaje, sino por las repercusiones sociales, conductuales, académicas y profesionales que se derivan de las mismas, y que van a determinar prestaciones necesarias para el desarrollo de la persona en su conjunto, tal y como destacan investigadores que han hecho importantes contribuciones en este campo (Beitchman et al., 2001; Beitchman, 2005). En este sentido, en nuestro país, Rivière (2007) hizo hincapié en que la mayoría de las ayudas de las administraciones educativas y profesionales, se orientan prioritariamente hacia las necesidades específicas del niño con dificultades,

mientras que los adultos con patologías graves en la comunicación o el lenguaje, no cuentan, en muchas ocasiones, con los mínimos recursos que necesitan para su atención y apoyo.

3.- Dentro del ámbito internacional, la gran mayoría de publicaciones se han focalizado, principalmente, en las dificultades del lenguaje y del habla, pero no se cuenta con trabajos que realicen un análisis exhaustivo de la patología (Law et al., 2000), ni tampoco con investigaciones que incorporen también el lenguaje escrito, tal y como destacan Bonet (1986), de Andrade (1997) y Broomfield (2004). De la misma forma, y derivado del hecho anterior, tampoco se cuenta con investigaciones epidemiológicas donde se relacionen las implicaciones de las alteraciones de cada componente del lenguaje oral y sus efectos diferenciales sobre la comprensión lectora.

4.- Por otro lado, se cuenta con un única investigación que aborda el estudio acerca de cómo pueden repercutir en la economía de un país – especialmente en su PIB – las diferentes alteraciones del lenguaje, habla y voz y sus implicaciones en el ámbito laboral. En este sentido, Ruben (2000) observa que la economía estadounidense y el índice de paro, en personas con patologías lingüísticas, manifiestan estar relacionados.

Respecto a los resultados de esta Tesis, siguiendo nuevamente los dos análisis de la muestra analizada, podemos establecer las conclusiones, que describimos en los apartados siguientes.

6.1.1.- FASE I: ANÁLISIS DE LA CASUÍSTICA GLOBAL ENTRE 1981 Y 1994

La presente Tesis Doctoral ha permitido recoger y analizar todas las patologías atendidas, sEn límite de edad alguno, a partir del amplio número de historiales examinados - 911 casos estudiados entre el año 1981 y 1994, de un total de 1100 historias clínicas revisadas en las Escuelas de Logopedia y Psicología del Lenguaje (UPSA) – mostrando como resultados del análisis de la demanda asistencial, los aspectos que se exponen a continuación.

- a) Las dificultades relacionadas con el "Aprendizaje del lenguaje escrito" (escritura, fluidez y comprensión lectora) tienen una prevalencia superior al resto de patologías (19,1%), tal y como se muestra en la tabla 13. Igualmente, se registra una asociación especialmente significativa de demanda asistencial entre los 6-10 años (periodo de adquisición de estos aprendizajes instrumentales) - y los 11-15 (perido de afianzamiento de la comprensión lectora y aprendizajes curriculares desde el lenguaje escrito), tal y como indican los Residuos Corregidos de la tabla 20.
- b) Los resultados, en cuanto a la alta prevalencia de los retrasos de habla (14,2%) y del lenguaje (8,1%) frente a otras patologías durante la infancia, confirman los obtenidos por investigaciones previas, tanto nacionales como internacionales (Garrido et al., 1995; de Andrade, 1997; Law et al., 2000; Petheram et al., 2001). Estos retrasos presentan, tanto para el habla como para el lenguaje, una relación significativa entre 1-5 años, observándose también altos porcentajes de demanda asistencial entre los 6 y 10 años. No obstante, los retrasos del lenguaje (8,1% de prevalencia), se ven superados por otras categorías diagnósticas, como son los trastornos de voz (12,5% de prevalencia); lo que sucede, no obstante, sólo si no se tiene en cuenta la edad (ver tabla 13), por lo que se analizará más detalladamente a continuación.

- c) Con respecto a la prevalencia de los retrasos secundarios del lenguaje, por discapacidad mental, se observa la asociación significativa según los Residuos Corregidos de la tabla 20, de demanda asistencial especializada entre los 6-10 años de edad. Este hecho nos puede llevar a pensar inicialmente que, son precisamente estas dificultades lingüísticas las que llevan a consultar a los padres como síntoma principal de esta discapacidad mental - tal y como señalan Belinchón et al. (1992) y Mendoza (2006) -, o bien, como es lógico esperar dependiendo del grado de la discapacidad, lo hacen por las dificultades asociadas que conllevan en el aprendizaje del lenguaje escrito, tal y como observa en su estudio De Andrade (1997)
- d) Es destacable, que la prevalencia de los retrasos secundarios del lenguaje a discapacidad mental (8,6%), auditiva (5,5%) y motriz (5,3%) casi duplican, en porcentaje conjunto, a los retrasos lingüísticos primarios, confirmando el trabajo realizado por Garrido et al. (1995).

En este sentido, se aprecia una asociación significativa de las consultas por discapacidad motriz en la franja comprendida entre 1-5 años; cabe pensar que, al ser detectadas tempranamente, su intervención esté siendo más precoz que en otras patologías secundarias del lenguaje. No obstante, esta patología, probablemente debido a su carácter permanente, mantiene porcentajes elevados de consulta hasta los 15 años. Igualmente, en el caso de las patologías secundarias auditivas, se observa su asociación significativa con la edad de consulta comprendida entre los 11 y 20 años (ver Residuos Corregidos de la tabla 20). Es posible que este amplio rango de edad se esté explicando por la consistencia temporal de las propias dificultades lingüísticas y articulatorias orales derivadas de la deficiencia auditiva - sea en forma de adquisición enlentecida o dificultad propiamente dicha -, y su repercusión como dificultades asociadas al aprendizaje del lenguaje escrito.

- e) Las alteraciones de voz es la tercera categoría diagnóstica, en cuanto a

porcentaje de prevalencia (12,5%); siendo además, la única patología donde el sexo femenino presenta un porcentaje mayor, frente al masculino (2:1). Se observa igualmente que, se asocia significativamente a la edad a partir de los 21 años hasta edades posteriores a los 40 años (ver Residuos Tipificados de la tabla 20). Estos datos coinciden con el estudio de Gorospe et al. (1995) quienes resaltan que son debidos, principalmente, a la exposición a ambientes ruidosos durante el fin de semana que suscitan un excesivo e inadecuado uso vocal, al inicio de la actividad profesional en edades jóvenes, o a una inadecuada técnica vocal relacionada con el ejercicio profesional, en momentos más avanzados.

f) Respecto a la tartamudez, se observa una prevalencia del 7,7% de los casos (tabla 13) y que, se asocia significativamente a edades comprendidas entre los 16 y 30 años. Igualmente, aunque no se da significación estadística según los residuos corregidos (tabla 20), sí se observa un alto porcentaje de consultas entre los 6 y 15 años. La explicación a este hecho parece deberse a dos factores relacionados con la edad:

- Entre los 6-10 años (25,7% de la prevalencia en esta categoría diagnóstica): Son las primeras manifestaciones clínicas evidentes en esta patología. Le Huche (2000) destaca, esta etapa, como una edad crucial que lleva a los padres a consultar para buscar una correcta solución de los problemas de disfluencias y evitar así que se instaure.
- Entre los 11-15 años (22,9% de la prevalencia en esta categoría): Esta patología se considera instaurada dando signos evidentes de su sintomatología. Las consultas son, por tanto, de carácter terapéutico reeducativo que, igualmente, coinciden con el inicio de la adolescencia y la importancia de sentirse integrado socialmente en un grupo referencial de amigos.

- Más allá de los 30 años no se observan porcentajes significativos o, estos son nulos
- g) El resto de patologías, aunque muestran una relación significativa respecto a las edades de aparición (ver tabla 20), no registran porcentajes representativos – inferiores al 2,5% - comparadas con el resto de categorías diagnósticas analizadas. De forma más detallada, se encuentran por consultas sobre Disglosias porcentajes significativos en los primeros 5 años de vida; por Afasias entre los 31-35 y su mayor prevalencia más allá de los 40 años (2,5% de su casuística) coincidiendo nuestros resultados con investigaciones previas como las de Bonet (1986), Garrido et al. (1995), Petheram et al. (2001) y Enderby et al. (2005). Respecto a Déficit de atención e hiperactividad – aunque no existe significación estadística – se encuentran los mayores índices porcentuales entre los 6-10 años con más de la mitad de los casos. En cuanto a la Discalculia, el 100% de los casos se registra entre los 6 y 10 años. Igualmente, los Trastornos generales del desarrollo muestran una relación estadísticamente significativa, en los 5 primeros años de vida (con un porcentaje del 56,5% de su casuística) ya que, tal y como se expuso previamente, al igual que en los retrasos secundarios del lenguaje a déficit intelectual, las limitaciones severas en la comunicación y/o lenguaje pueden ser los síntomas que lleven, obviamente, a los padres a consultar a los especialistas (Belinchón et al., 1992; Mendoza, 2006; Rivière, 2007). Finalmente, respecto a la Tartamudez evolutiva se registran la relación estadísticamente significativa en los 5 primeros años con la presencia, en este margen de edad, del 100% de su casuística.
- h) Respecto a la edad preferente de consulta y, como respuesta a la pregunta formulada por Nelson, Nygren, Walker y Panoscha (2006) acerca de cuál es la edad óptima de evaluación destacar que, los resultados de esta tesis doctoral – donde se analizan edades comprendidas entre 1-72 años – muestran que los porcentajes de mayor número de consultas se encuentran en la franja

comprendida entre 1 y 15 años, datos que coinciden con los aportados en investigaciones previas (Garrido et al., 1995; de Andrade, 1997; Law et al., 2000; Petheram et al., 2001; Broomfield et al., 2004). Estas edades se relacionan, en su mayoría, con dificultades de adquisición del habla y del lenguaje - tanto primarias como secundarias - y con el aprendizaje del lenguaje escrito. No obstante, en edades adultas también se muestra un porcentaje significativo de demanda asistencial relacionado con alteraciones de voz y afasias principalmente.

- i) Finalmente, respecto al sexo, los resultados de la Tesis confirman las investigaciones previas donde se muestra una prevalencia de las dificultades lingüísticas y del habla, mayor en el sexo masculino frente al femenino - en proporciones casi de 2:1 - respecto a las dificultades lingüísticas y del habla (Bonet, 1986; Law et al., 2000; Broomfield et al., 2004a; Archibald et al., 2006 y Johnson, 2007). No obstante, se matiza que, para las "Alteraciones de voz", los valores de prevalencia son más altos para el sexo femenino (Bonet, 1986; Gorospe et al., 1995) y que, al igual que el estudio de Garrido et al. (1995) son de tipo funcional más que orgánico.

6.1.2.- FASE II DEL ESTUDIO: RELACIÓN ENTRE LOS RETRASOS DEL LENGUAJE PRIMARIOS Y DIFICULTADES EN LA COMPRENSIÓN LECTORA

Tal y como se ha visto en capítulos anteriores, las necesidades educativas de aprendizaje engloban dificultades lingüísticas tanto orales como escritas,. Aprender en el entorno escolar, implica un adecuado desarrollo lingüístico y un buen manejo

de las destrezas relacionadas con el lenguaje escrito, tal y como destaca Mayor (1993). Una tarea fundamental de todo aprendizaje consiste en comprender el texto para, con ello, aprender a integrar los conocimientos previos con los adquiridos mediante la lectura; para ello es necesario un adecuado desarrollo semántico y sintáctico que integre las ideas que se encuentran en el texto (Belinchón et al., 1992; Catts, 1993; Sánchez, 1993, 2008; Leonard et al., 2004; Cruz, 2006). En este sentido, Sánchez (2008) comenta que, leer para comprender y aprender, requiere de la integración de varias fases o procesos:

- a) Las primeras son los denominados "Procesos locales" y "Procesos globales" que permiten entender el texto
- b) Las siguientes, de mayor nivel cognitivo, son los denominados "Procesos de integración y control de la comprensión" cuando se produce el verdadero aprendizaje, con la integración de las ideas del texto y la realización de inferencias con lo previamente asimilado.

En el presente trabajo se observan los aspectos que siguen.

1.- *La evidente relación entre las dificultades semánticas y sintácticas - tanto comprensivas como expresivas - y una lectura comprensiva inadecuada.*

Es decir, la falta de vocabulario unida a una inadecuada adquisición y expresión sintáctica genera dificultades para comprender las ideas desarrolladas en el texto. Estos datos coinciden con los aportados por Catts (1993), quien encuentra que la semántica se relaciona con la lectura comprensiva.

2.- *Aisladamente, las dificultades semánticas expresivas no implican dificultades en la comprensión lectora, pero sí arrojan cierta tendencia a asociarse con dificultades en la comprensión lectora*

Este hecho podría fundamentarse en base a dos aspectos:

a) Las dificultades semánticas expresivas no crean dificultad en la comprensión lectora pues, el lector, puede seleccionar el vocabulario para expresar la idea aplicando diferentes adaptaciones a partir del léxico disponible.

b) Las dificultades semánticas comprensivas están asociadas a las dificultades en la comprensión lectora porque el lector carece del vocabulario suficiente para extraer las ideas claves del texto. En esta tarea, tal y como afirma Sánchez (1993, 2008) necesita de la actividad mental de la lectura desde de *los procesos locales* – desvelar el significado de las palabras y frases sEn perder el hilo de la lectura -; y *los procesos globales* – extracción de la idea general del texto sEn necesidad de un exhaustivo procesamiento local de cada palabra.

3.- Las dificultades en comprensión lectora están asociadas los problemas en la expresión sintáctica, mientras que no resulta significativa si los problemas son de comprensión sintáctica.

Este resultado, a primera vista, puede resultar paradójico ya que puede relacionarse más con la composición escrita que con la comprensión lectora, es decir, el lector con dificultad para comprender enunciados orales logra extraer las ideas del texto escrito siempre que consiga comprender las palabras claves fundamentales, de esta forma, tan sólo realiza una comprensión mediante los "procesos locales" para extraer su contenido aunque no lo integre tal y como plantea Sánchez (2008): "*Cabe que tenga lugar un procesamiento superficial local y global que condujera a un resumen exhaustivo del texto*" (Ibíd., p. 198)

6.2.- NUEVAS PERSPECTIVAS DE INVESTIGACIÓN

En nuestra opinión, de este estudio se derivan diferentes conclusiones relacionadas con los retrasos del lenguaje – en cualquier manifestación patológica – que deberían ser tenidas en cuenta para futuras investigaciones epidemiológicas y de prevalencia sobre las diversas patologías del habla, lenguaje y voz.

Sería deseable, por tanto, la realización de futuros estudios descriptivos de prevalencia en los siguientes ámbitos:

1.- Determinar la relación existente entre los retrasos del habla y/o lenguaje con la situación sociocultural familiar y/o la presencia de antecedentes lingüísticos familiares. Igualmente, sería de gran interés ampliar las variables de estudio, considerando entre otras: quién remite a consulta – si parte del ámbito médico, educativo, iniciativa propia - y la relación motivo consulta-diagnóstico final

2.- Estudiar la incidencia de las diferentes patologías lingüísticas, tanto en el ámbito educativo como sanitario, que permita conocer el número nuevos de casos por año para cada patología y su relación con la edad de aparición. De esta forma, se facilitaría proporcionar asistencia especializada, ajustada a la demanda real, e igualmente, mejorar la capacitación profesional de quiénes las detecten y/o atiendan prioritariamente, - sea en el entorno escolar o sanitario en Atención Primaria -.

3.- Realizar de estudios de prevalencia de tipo longitudinal, centrados en las dificultades pragmáticas y/o comunicativas, con el fin de anticipar la aparición de retrasos lingüísticos, a edades muy tempranas, es decir, como factor pronóstico y como detección precoz.

4.- Llevar a cabo investigaciones longitudinales de prevalencia sobre los factores de riesgo y de las repercusiones - a largo plazo - de los retrasos de habla y del lenguaje. Por ejemplo, comprobar si existe mayor probabilidad de ser víctima de "bullyin" en el entorno escolar de Primaria y Secundaria por parte de niños las dificultades comunicativas mencionadas. O bien analizar, igualmente si las dificultades lingüísticas, del habla o voz limitan el acceso al trabajo adulto, así como detectar las repercusiones emocionales que pueden conllevar estas dificultades (stress, falta de autoestima, dificultades de conducta o personalidad, agresividad o delincuencia).

5.- Igualmente, dado el mapa plurilingüe de nuestro país y, la actual inmersión lingüística del inglés en las aulas desde los primeros cursos escolares, sería oportuno realizar estudios sobre la prevalencia de niños con retrasos de habla y/o lenguaje y su efecto derivado sobre la adquisición de una segunda o tercera lengua

6.- Estudiar de la relación entre, las dificultades emocionales y conductuales en los progenitores (depresión, stress...), y su relación con la aparición de trastornos lingüísticos en sus hijos.

7.- Estudiar la prevalencia respecto al acceso al mundo laboral diferenciando, entre las patologías con apoyo institucional para su inserción (Retrasos lingüísticos primarios y secundarios), en comparación con aquellas otras que no lo tienen (Alteraciones de voz o tartamudez)

8.- Finalmente, determinar la prevalencia de las dificultades en la comprensión lectora dentro del ámbito escolar, y su influencia en los aprendizajes curriculares que dependan de ésta (conocimiento del medio..., etc.), para determinar, con

mayor exactitud, su relación con el abandono de los estudios o, la falta de interés por el estudio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acosta, V. (1997). *Manual de Logopedia. Un enfoque oral y comunicativo para profesionales que trabajan en ambientes educativos y sanitarios*. Tenerife: Dirección General de Universidades e Investigación del Gobierno de Canarias.
- Acosta, V. y Moreno, A. (2001). *Dificultades del lenguaje en ambientes educativos: del retraso al trastorno específico del lenguaje* (2 ed.). Barcelona: Masson.
- Acosta, V., Moreno, A., Ramos, V., Quintana, A., y Espino, O. (1996). *La evaluación del lenguaje: teoría y práctica del proceso de evaluación de la conducta lingüística infantil*. Málaga: Aljibe.
- Aguado, G. (1999). *Trastorno específico del lenguaje. Retraso del lenguaje y disfasia*. (Aljibe ed.). Archidona (Málaga).
- Aguado, G. (2004). Retraso del lenguaje. En J. Peña Casanova (Ed.), *Manual de Logopedia* (3ª ed., pp. 239-256). Barcelona: Masson.
- Aguado, G., y Narbona, J. (2001). Lenguaje y deficiencia mental. En J. Narbona y C. Chevie-Muller (Eds.), *El lenguaje del niño. Desarrollo normal, evaluación y trastornos* (pp. 351-364). Barcelona: Masson.
- Aguilar, E., y Serra, M. (2003). *Intervenciones con trastornos de la comunicación en niños/as de de 0 a 6 años*, from <http://apintegracion.org>
- Aguilar-Alonso, A. (1994). Trastornos de la adquisición del lenguaje. Dislalias, Déficit del Lenguaje, Disfasia. En A. Aguilar (Ed.), *Psicopatología del Lenguaje: Actividades perturbadoras, producto anormal y disfunciones*. (pp. 699-740). Barcelona: PPU.
- Ahmed, S., Lombardino, L., y Leonard, C. (2001). Specific language impairment: Definitions, causal mechanisms, and neurobiological factors". *Journal of Medical Speech Language Pathology*, 9(1), 1-15.
- Alarcos, A., Alarcos, E., Alarcos, T., y Tamayo, C. (1991). Nuestra sistemática en el tratamiento de los nódulos vocales. Aportación sobre 130 casos. En *Actas I Congreso Nacional SOMEF* (Ed.), (pp. 261-265). Salamanca: SOMEF.
- Alegría, J. (1985). Por un enfoque psicolingüístico del aprendizaje de lectura y de sus dificultades. *Infancia y Aprendizaje*, 29, 79-94.

- Alegría, J. (2006). Por un enfoque psicolingüístico del aprendizaje de la lectura y sus dificultades - 20 años después -. *Infancia y Aprendizaje*, 29(1), 93-111.
- American Psychiatric Association, A. (2008). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM-IV*. Barcelona: Masson.
- American Speech-Language-Hearing Association Committee on Language. (1980). Definitions for communicative disorders and differences. *ASHA*, 22, 317-318.
- American Speech-Language-Hearing Association. (1984). Committee on Prevention of Communicative Disorders. *American Speech-Language-Hearing Association*, 26, 35-38.
- American Speech Language Hearing Association. (1993). *Definitions of Communication Disorders and Variations [Relevant Paper]*. from <http://www.asha.org/docs/html/RP1993-00208.html>
- American Speech Language Hearing Association (1993). Definitions of Communication Disorders and Variations. *ASHA*, 35(Suppl.10), 40-41.
- ANECA. (2004). *Libro Blanco. Título de Grado en Logopedia*. Retrieved 20 de Julio de 2006, from http://www.aneca.es/activin/docs/libroblanco_logopedia_def.pdf
- Antoniadis, A. y Lubker, B. (1997). Epidemiology as an essential tool for establishing prevention programs and evaluating their Impact and outcome. *Journal of Communication Disorders*, 30(4), 269-284.
- Aram, D., Morris, R. y Hall, N. (1993). Clinical and research congruence in identifying children with specific language impairment. *Journal of Speech and Hearing Research*, 36, 580-591.
- Archibald, L. y Gathercole, S. (2006). Prevalence of SLI in language resource units. *Journal of Research En Special Educational Needs*, 6, 3-10.
- Armstrong, B., White, E., y Saracci, R. (1992). *Principles of exposure measurement in epidemiology*: Oxford University Press.
- Aron, A. y Aron, E. (2001). *Estadística para psicología* (2 ed.). Buenos Aires: Prentice Hall.
- Arthur, G. (1980). *Arthur adaptation of the Leiter International Performance Scale*. Chicago: Stoelting.

- Barker, D. y Rose, G. (1983). *Epidemiología en la práctica médica*. Madrid: Salvat.
- Barroso, J., Gorospe, J. y Garrido, M. (1992). Evolución de la demanda asistencial en el Servicio de Foniatría de Salamanca. Descripción de algunos aspectos epidemiológicos. En SOMEF (Ed.), *Actas del II Congreso Nacional de la SOMEF*. Oviedo.
- Barrueco, J., Málaga, J., Garrido, M., Gorospe, J. y Roqués, J. (1990). Taxonomía de patologías lingüísticas específicas aceptadas por el Servicio de Foniatría y Logopedia del Hospital Universitario de Salamanca. En SOMEF (Ed.), *Actas del I Congreso Nacional de la Sociedad Médica Española de Foniatría, 1990* (pp. 147-156). Salamanca.
- Bashir, A. (1989). Language intervention and the curriculum. *Seminars En speech and language, 10*(3), 181-191.
- Beitchman, J., Brownlie, E., Inglis, A., Wild, J., Ferguson, B., Schachter, D., Lancee, W., Wilson, B. y Mathews, R. (1996b). Seven-year follow-up of speech/language impaired and control children: psychiatric outcome. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines, 37*(8), 961-970.
- Beitchman, J. (2005). Language development and its impact on children's psychosocial and emotional development. En R. E. Tremblay; R. Barr y R. Peters (Eds.), *Encyclopedia on Early Childhood Development [online]* (pp. 1-7). Montreal, Quebec: Centre of Excellence for Early Childhood Development [21 Marzo 2007] from <http://www.excellence-earlychildhood.ca/documents/BeitchmanANGxp.pdf>.
- Beitchman, J., Nair, R., Clegg, M., Ferguson, B. y Patel, P. (1986b). Prevalence of psychiatric disorders in children with speech and language disorders. *Journal of American Academy of Child Psychiatry., 25*(4), 528 - 535.
- Beitchman, J., Nair, R., Clegg, M. y Patel, P. (1986a). Prevalence of speech and language disorders in 5-years-old kindergarten children in the Ottawa- Carleton region. *Journal of Speech and Hearing Disorders, 51*, 98-110.
- Beitchman, J., Wilson, B., Brownlie, E., Walters, H., Inglis, A. y Lancee, W. (1996a). Long-term consistency in speech/language profiles II: Behavioural, emotional and, social

- outcomes. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 815-825.
- Beitchman, J., Wilson, B., Johnson, C., Atkinson, L., Young, A., Adlaf, E., Escobar, M. y Douglas, L. (2001). Fourteen-year follow-up of speech/language-impaired and control children: Psychiatric outcome. *Journal of the American Academic of Child and Adolescent Psychiatry*, 40(1), 75-82.
- Belinchón, M., Riviére, A. e Igoa, J. M. (1992). *Psicología del lenguaje. Investigación y teoría*. Valladolid: TROTTA.
- Bishop, D. (1997). *Uncommon understanding*. London: Psychology Press.
- Bishop, D., y Adams, C. (1992). Comprehension problems in children with specific language impairment: Literal and inferential meaning. *Journal of Speech and Hearing Research*, 35, 119-129.
- Bishop, D. y Leonard, L. (Eds.). (2000). *Speech and language impairments in children: Causes, characteristics, intervention and outcome*. Philadelphia: Psychology Press.
- Bishop, D., y Snowling, M. (2004). Developmental dyslexia and specific language impairment: Same or different? *Psychological Bulletin*, 130(6), 858-886.
- Bishop, D. (2004). Specific language impairment: diagnostic dilemmas. En L. Verhoeven, H. (Ed.), *Classification of Developmental Language Disorders* (pp. 309-326). Mahwah, N. J: Erlbaum.
- Bishop, D. y Adams, C. (1990). A prospective study of the relationship between specific language impairment, phonological disorders and reading retardation. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 31(7), 1027-1050.
- Bloom, L. y Lahey, M. (1978). *Language development and Language disorders*. New York: John Wiley y Sons.
- Bonet, M. (1986). Oferta i demanda de la logopèdia i de la foniatria a Catalunya. *Centre de publicacions, intercanvi científic i extensio universitària*, 1-45.
- Border, E. (1973). Developmental dyslexia: a diagnostic approach basedon three atypical reading spelling. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 15, 663-687.

- Bosch, L. (1984). El desarrollo fonológico infantil: Una prueba para su evaluación. En M. Siguan Soler (Ed.), *Estudios sobre psicología del lenguaje infantil* (pp. 33-56). Madrid: Pirámide.
- Bosch, L. (2003). Trastornos del desarrollo fonético y fonológico. En M. Puyuelo y J. A. Rondal (Eds.), *Manual de desarrollo y alteraciones del lenguaje. Aspectos evolutivos y patología en el niño y el adulto* (pp. 189-204). Barcelona: Masson.
- Brady, W. y Hall, D. (1976). The prevalence of stuttering among school-age children. *Language, Speech, and Hearing Services En Schools*, 7(2), 75-81.
- Brigg-Gowan, M., Carter, A., Skuban, E. y Horwitz, S. (2001). Prevalence of social-emotional and behavioral problems in a community sample of 1 and 2 year old children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 811-819.
- Broomfield, J. y Dodd, B. (2004a). Children with speech and language disability: Caseload characteristics. *International Journal of Language and Communication Disorders*, 39(3), 303-324.
- Brownlie, E., Beitchman, J., Escobar, M., Young, A., Atkinson, L., Johnson, C., Wilson, B. y Douglas, L. (2004). Early language impairment and young adult delinquent and aggressive behavior. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 32(4), 453-467.
- Bryan, K. (2004). Preliminary study of the prevalence of speech and language difficulties in young offenders. *International Journal of Language and Communication Disorders*, 39(3), 391-400.
- Campbell, T., Dollaghan, C., Rockette, H., Paradise, J., Feldman, H., Shriberg, L., Sabo, D. y Kurs-Lasky, M (2003). Risk factors for speech delay of unknown origin in 3-year-old children. *Child Development*, 74(2), 346-357.
- Carballo, G. (2006). Del trastorno fonológico al TEL. En E. Mendoza Lara (Ed.), *Trastorno Específico del Lenguaje (TEL)* (pp. 189-208). Madrid: Pirámide.
- Castles, A. y Coltheart, M. (1993). Varieties of developmental dyslexia. *Cognition*, 47, 149-180.

- Catts, H. (1993). The relationship between speech-language impairments and reading disabilities. *Journal of Speech and Hearing Research, 36*(5), 948-958.
- Catts, H., Fey, M., Tomblin, J. y Zhang, Z. (2002). A longitudinal investigation of reading outcomes in children with language impairments. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research, 45*, 1142 -1157.
- Catts, H., Fey, M., Zhang, X. y Tomblin, J. (1999). Language basis of reading and reading disabilities: Evidence from a longitudinal investigation. *Scientific Studies of Reading, 3*(4), 331-361.
- Catts, H., Fey, M., Zhang, X. y Tomblin, J. (2001). Estimating the risk of future reading difficulties in kindergarten children: A research-based model and its clinical implementation. *Language, Speech, and Hearing Services En Schools,, 32*, 38-50.
- Chevrie-Muller, C. y Narbona, J. (2001). Clasificación de los trastornos del lenguaje en el niño. En J. Narbona y C. Chevrie-Muller (Eds.), *El lenguaje del niño. Desarrollo normal, evaluación y trastornos* (2ª ed., pp. 189-193). Barcelona: Masson.
- Chevrie-Muller, C. y Narbona, J. (2001). Trastornos específicos del lenguaje. En J. Narbona y C. Chevrie-Muller (Eds.), *El lenguaje del niño. Desarrollo normal, evaluación y trastornos* (2ª ed., pp. 249-275). Barcelona: Masson.
- Colimon, C. K. (1990). *Fundamentos de epidemiología*. Madrid: Díaz de Santos, S.A.
- Conti-Ramsden, G. y Botting, N. (2000). Educational placements for children with specific language impairments. En D. Bishop y L. Leonard (Eds.), *Speech and language impairments En children: Causes, characteristics, intervention and outcome* (pp. 211- 223). Philadelphia: Psychology Press.
- Conti-Ramsden, G., Botting, N., Knox, E. y Simkin, Z. (2002). Different school placements following language unit attendance: which factors affect language outcome? *International Journal of Language y Communication Disorders, 37*(2), 185-195.
- Conti-Ramsden, G., Simkin, Z. y Botting, N. (2006). The prevalence of autistic spectrum disorders in adolescents with a history of specific language impairment (SLI). *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines, 47*(6), 621-628.

- Cruz, A. (2006). El TEL y la dislexia: ¿una relación causa-efecto? En E. Mendoza Lara (Ed.), *Trastorno Específico del Lenguaje (TEL)* (pp. 209-224). Madrid: Pirámide.
- Crystal, D. (1989). *Patología del lenguaje* (2ª ed.). Madrid: Cátedra.
- Cuetos, F. (2008). *Psicología de la lectura* (7 ed.). Barcelona: Wolters Kluwer España.
- Cuetos, F. (2009). *Psicología de la escritura. Diagnóstico y tratamiento de los trastornos de la escritura* (8 ed.). Barcelona: Wolters Kluwer Educación España.
- Dale, P., Price, T., Bishop, D. y Plomin, R. (2003). Outcomes of early language delay I: Predicting persistent and transient delay at 3 and 4 years. *Journal of Speech, Language and Hearing Research*, 46, 544-560.
- de Ajurriaguerra, J. y Marcelli, D. (1996). *Manual de Psicopatología del Niño* (3 ed.). Barcelona: Masson.
- de Andrade, C. (1997). Prevalência das desordens idiopáticas da fala e da linguagem em crianças de um a onze anos de idade. *Revista de Saúde Pública*, 31(5), 495-501.
- de Boysson-Bardies, B. y Durand, C. (1991). Tendences générales et influence de la langue maternelle: les consonnes terminales dans le babillage et les premiers mots. *L'Année Psychologique*, 91, 139-157.
- de Irala-Estevez, J. (2004). Medidas de frecuencia. En J. de Irala-Estevez, M. A. Martínez González y M. Seguí Gómez (Eds.), *Epidemiología aplicada* (pp. 101-131). Barcelona: Ariel.
- de Irala-Estevez, J., Martínez, M. y Seguí, M. (2004). Diseños de investigación en epidemiología. En J. de Irala-Estevez, M. Martínez y M. Seguí (Eds.), *Epidemiología aplicada* (1 ed., pp. 167-256). Barcelona: Ariel.
- de Irala-Estevez, J., Martínez, M. y Seguí, M. (2004). *Epidemiología aplicada*. Barcelona: Ariel.
- de Santiago, F. J. (2005). *Evaluación de las funciones del Yo en población reclusa y no reclusa mediante el Método EFY de L. Bellack*. Universidad Pontificia Salamanca, Salamanca.
- de Santiago, F. J., Fernández, M. y Guerra, L. (1999). *Psicodiagnóstico dinámico a través de las técnicas proyectivas*. Salamanca: Amarú.

- Domènech, E. (2001). Trastornos emocionales y patología del lenguaje. En J. Narbona y C. Chevrie-Muller (Eds.), *El lenguaje del niño. Desarrollo normal, evaluación y trastornos* (pp. 373-386). Barcelona: Masson.
- Domínguez, A. (1999). Lenguaje escrito y sordera: ¿Sobre qué cuestiones es importante reflexionar? En A. Domínguez y C. Velasco (Eds.), *Lenguaje escrito y sordera. Enfoques teóricos y derivaciones prácticas* (pp. 47-56). Salamanca: Publicaciones universidad Pontificia de Salamanca.
- Enciclopedia Universal Ilustrada Europeo-Americana (1915 [1996]). (Vol. XX. p. 275). Madrid: Espasa Calpe.
- Enderby, P. y Petheram, B. (2000). An analysis of referrals to speech and language therapy En 11 centres, 1987-95. *International Journal of Language y Communication Disorders*, 35(1), 137-146.
- Enderby, P. y Pickstone, C. (2005). "How many people have communication disorders and why does it matter?" *Advances En Speech-Language Pathology*, 7(1), 8-13.
- Estienne, F. (1988). Retrasos del lenguaje, disfasia y audiomudez. En J. A. Rondal y X. Serón (Eds.), *Trastornos del lenguaje, III. Afasias, retrasos del lenguaje, dislexias* (Vol. III, pp. 633-662). Barcelona: Paidós Ibérica, S.A.
- Fazio, B. (1996). Mathematical abilities of children with specific language impairment. A 2-year follow-up. *Journal of Speech and Hearing Research*, 39, 839-849.
- Fazio, B. (1999). Arithmetic calculation, short-term memory and language performance in children with specific language impairment. A 5-year follow-up. *Journal of Speech, Language and Hearing Research*, 42, 420-431.
- Fein, D. (1983). The prevalence of speech and language impairment. *ASHA*, 25(2), 37.
- Fernández-Zúñiga, A. y Caja del Castillo, R. (2008). *Tratamiento de la tartamudez en niños. Programa de intervención para profesionales y padres*. Barcelona: Elsevier-Masson.
- Fletcher, P. y Hall, D. (1992). *Specific speech and language disorders in children: Correlates, characteristics and outcomes*. London: Whurr.

- Flower, L. y Hayes, J. (1981). A cognitive process theory of writing. *College Composition and Communication*, 32, 365-387.
- Fodor, J. (1983). *La modularidad de la mente*. Madrid: Morata.
- Franz, M. L. v. (1979). *The problem of puer aeternus*. New York: Springer-Verlag.
- Frith, U. (1995). Dyslexia: can we have a shared theoretical framework? *Educational and Child Psychology*, 12, 6-17.
- Garanto, J. (1994). *Epidemiología de la psicosis y autismo*. Salamanca: Amarú.
- García de Cecilia, J. M. (2008). *Manual de Estadística con SPSS para estudiantes de Psicología*. Salamanca: Kadmos.
- García-Sánchez, J. (1999). Intervención psicopedagógica en los trastornos del desarrollo. Conceptualización, ámbito y modelo integral. En J. N. García-Sánchez (Ed.), *Intervención psicopedagógica en los trastornos del desarrollo*. (pp. 27-45). Madrid: Pirámide.
- Garrido, M., Castro, R., Velasco, C., Málaga, J. y Gorospe, J. (2004). Revisión taxonómica de los trastornos específicos del desarrollo del lenguaje (TEDL). En M. C. Vázquez Ruiz de Larrea (Ed.), *Trastornos del lenguaje oral* (pp. 81-93). Bilbao: Universidad del País Vasco.
- Garrido, M., Gorospe, J. M., Málaga, J., Martín, C., Bueno, J. L. y Fontanillo, F. (1995). Evolución de la patología atendida en una unidad de foniatría. En SOMEF (Ed.), *Actas del III Congreso Nacional de la SOMEF*. Almagro. Ciudad Real: Servicio de ORL Complejo hospitalario de Ciudad Real.
- Garrido, M., Málaga, J. y Gorospe, J. M. (1991). Escuela de Foniatría de la Universidad de Salamanca. Proyecto de Plan de estudios. *Revista Española de Foniatría*, 4(1), 19-22.
- Gillespie, S. y Cooper, E. (1973). Prevalence of speech problems En junior and senior high schools. *Journal of Speech and Hearing Research*.
- Gorospe, J. M., Garrido, M., Málaga, J., Santos, P., Bueno, J. L. y Pinto, A. (1995). Comportamiento de la patología en relación al sexo. En SOMEF (Ed.), *Actas del III Congreso Nacional de la SOMEF*. Almagro. Ciudad Real: SOMEF.

- Gorospe, J. M., Garrido, M., Vera, J. y Málaga, J. (1997). *Valoración de la deficiencia y la discapacidad en los trastornos del lenguaje el habla y la voz*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (IMSERSO).
- Gorospe, J. M., Málaga, J., Garrido, M., Baez, L., Muñoz, J. y Roques, J. (1991). Aspectos clínicos en los trastornos del desarrollo del lenguaje. En SOMEF (Ed.), *Actas del I Congreso Nacional SOMEF* (pp. 39-56). Salamanca: SOMEF.
- Hall, N. y Segarra, V. (2007). Predicting academic performance in children with language impairment: The role of parent report. *Journal of Communication Disorders*, 40(1) 82-95.
- Hennekens, C. y Buring, J. (1987). *Epidemiology in medicine*. Boston: Little, Brown.
- Herreros, O., Sánchez, F., Ajoy, M. y Gracia, R. (2002). Evaluación de niños y adolescentes con trastornos por déficit de atención con hiperactividad/trastornos hipercinéticos (TDAH). *Revista Psiquiátrica Infanto-Juvenil*, 19(4), 199-214.
- Hipócrates. (s. V-IV a.C.). Epidemias I y III. En *Tratados* (pp. 399-445). Madrid: Biblioteca Gredos.
- Horwitz, S., Irwin, J., Briggs-Gowan, M., Bosson, J., Mendoza, J. y Carter, A. (2003). Language delay in a community cohort of young children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42(8), 932-940.
- Icart, T. (2000). Bases conceptuales en epidemiología. En T. Icart, T. ML, B. Bermejo y J. Canela (Eds.), *Enfermería Comunitaria. Epidemiología*. Barcelona: Masson.
- Ingram, T. (1971). The classification of speech and language disorders in young children. En M. Rutter y J. A. MartEn (Eds.), *The child with delayed speech*. Londres: Spastic International Medical, William Heinemann.
- Jenaro, C. (1999). La transición a la vida adulta en jóvenes con discapacidad: Necesidades y demandas. En M. A. Verdugo y F. Jordán (Eds.), *Hacia una nueva concepción de la discapacidad: Actas III Jornadas Científicas de Investigación sobre personas con discapacidad* (pp. 77-78). Salamanca: Instituto Universitario de Integración en la Comunidad.

- Jennische, M. y Sedín, G. (2003). Gender differences En outcome after neonatal intensive care: speech and language skills are less influenced En boys than En girls at 6.5 years. *Acta Paediatrica*, 92(3), 364-378.
- Jiménez Lara, A. y Huete, A. (2003). *Las discapacidades en España: Datos estadísticos. Aproximación desde la encuesta sobre discapacidades, deficiencias y estado de salud 1999* (2 ed.). Madrid: Real Patronato sobre Discapacidad. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Johnson, C. (2007). Prevalence of speech and language disorders in children. En C. J. Johnson (Ed.), *Encyclopedia of language and literacy development* (pp. 1-11). London: Canadian Language and Literacy Research Network. Retrieved [21 Marzo 2007] from <http://www.literacyencyclopedia.ca/pdfs/topic.php?topId=24>.
- Johnson, C. y Beitchman, J. (2006). Specific developmental disorders of speech and language. En C. Gillberg, R. Harrington y H. Steinhausen (Eds.), *A clinician's handbook of child and adolescent psychiatry* (pp. 388-416). New York, NY: Cambridge University Press.
- Johnson, C., Beitchman, J., Young, A., Escobar, M., Atkinson, L., Wilson, B., Brownlie, E., Douglas, L., Taback, N., Lam, I. y Wang, M. (1999). Fourteen-Year follow-up of children with and without speech/language impairments. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 42, 744-760.
- Kaplan, B., Dewey, D., Crawford, S. y Wilson, B. (2001). The term "comorbidity" is of questionable value in reference to developmental disorders: Data and theory. *Journal of Learning Disabilities*, 34(6), 555-565.
- Keating, D., Turrell, G. y Ozanne, A. (2001). Childhood speech disorders: Reported prevalence, comorbidity and socioeconomic profile. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 37(5), 431-436.
- Kelsey, J., Thompson, W. y Evans, A. (1986). *Methods on observational epidemiology*. New York: Oxford University Press.

- Koponen, T., Mononen, R., Räsänen, P. y Ahonen, T. (2006). Basic numeracy in children with specific language impairment: Heterogeneity and connections to language. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research, 49*, 58-73.
- Lahey, M. (1988). *Language disorders and language development* (2ª ed.). New York: MacMillan.
- Launay, C. y Borel-Maisonny, S. (1979). *Trastornos del lenguaje, la palabra y la voz en el niño*. Barcelona: Toray-Masson.
- Law, J., Boyle, J., Harris, F., Harkness, A. y Nye, C. (1998). Screening for speech and language delay: a systematic review of the literature. *Health Technology Assessment Programme, 2*(9), 1-183.
- Law, J., Boyle, J., Harris, F., Harkness, A. y Nye, C. (2000). Prevalence and natural history of primary speech and language delay: Findings from a systematic review of the literature. *International Journal of Language and Communication Disorders, 35*(2), 165-188.
- Law, J., Gang, A., Hardcastle, B., Beck, J., MacGregor, A. y Plunkett, C. (2007). *Communication support needs: A review of the literature*, from <http://www.scotland.gov.uk/Resource/Doc/179456/0051018.pdf>
- Le Huche, F. (2000). *La tartamudez. Opción curación*. Barcelona: Masson.
- Leonard, L. (1998). *Children with specific language impairment*. Massachusetts: MIT Press.
- Leonard, L. y Deevy, P. (2004). Lexical deficits in Specific Language Impairment. En L. Verhoeven y H. van Balkom (Eds.), *Classification of developmental language disorders. Theoretical issues and clinical implications* (pp. 209-233). London: Lawrence Erlbaum Associates.
- Locke, J. (1986). Speech perception and the emerging lexicon: an ethological perspective. En P. Fletcher y M. Garman (Eds.), *Language acquisition* (2ª ed.). Cambridge: Cambridge University Press.
- Logemann, J. y Baum, H. (1998). The need for epidemiologic studies in language. *Topics In Language Disorders, 19*(1), 27-30.

- Lopetegui, J., Málaga, J., Garrido, M., Gorospe, J. M. y Barroso, J. (1990). Afasias Infantiles. En *Actas del I Congreso Nacional SOMEF* (Ed.), (pp. 201-214). Salamanca: SOMEF.
- Love, A. y Thompson, M. (1988). Language disorders and attention deficit disorders in young children referred for psychiatric services: Analysis of prevalence and a conceptual synthesis. *American Journal of Orthopsychiatry*, 58(1), 52-64.
- Lubker, B. (1997). Epidemiology: An essential science for speech-language pathology and audiology. *Journal of Communication Disorders*, 30(4), 251-267.
- Lubker, B., Bernier, K. y Vizoso, A. (1999). Chronic illnesses of childhood and the changing epidemiology of language-learning disorders. *Topics En Language Disorders*, 20(1), 59-75.
- Lubker, B. y Moscicki, E. (1993). Practical uses of epidemiology in prevention. En P. Brown (Ed.), *Prevention of communication disorders: Healty people 2000 education Kit (revision from 1986)* (pp. 151-173). Rockville, MD: American Speech-language-hearing Association.
- Lubker, B. y Tomblin, J. (1998). Epidemiology: Informing clinical practice and research on language disorders En children. *Topics En Language Disorders*, 19(1), 1-26.
- Málaga, J., Garrido, M., Gorospe, J. M., Velasco, C. y Castro, R. (2003). El diagnóstico de los retrasos del habla y del lenguaje en la clínica diaria: epidemiología, subtipos clínicos y diagnóstico diferencial. *Revista Española de Foniatría de la Sociedad Médica Española de Foniatría. SOMEF*, 13, 15-45.
- Málaga, J., Garrido, M., Gorospe, J. M., Velasco, C. y Castro Parente, R. (2004). Revisión taxonómica de los trastornos específicos del desarrollo del lenguaje (TEDL). En C. Vázquez Ruiz de Larrea (Ed.), *Trastornos del lenguaje oral* (pp. 81-93). Bilbao: Universidad del País Vasco.
- Manrique, M. y Huarte, A. (2001). Hipoacusias en el niño. En J. Narbona y C. Chevrier-Muller (Eds.), *El lenguaje del niño. Desarrollo normal, evaluación y trastornos* (pp. 201-217). Barcelona: Masson.
- Marge, M. (1984). The prevention of communication disorders. *ASHA*, 26(8), 29-33.

- Martínez, J., Moreno, J. M., Pérez, C., Rabazo, M. J., Sánchez, I. y Suárez, A. (2001). *Manual de audición y lenguaje. Enfoque multidisciplinar*. Cáceres: Universidad de Extremadura.
- Mayor, M. A. (1993). Las dificultades del lenguaje oral en la escuela. En M. A. Carbonero (Ed.), *Dificultades de aprendizaje*. (pp. 59-88). Valladolid: ICE. Universidad de Valladolid.
- Mayor, M. A. (1994). Evaluación del lenguaje oral. En M. A. Verdugo Alonso (Ed.), *Evaluación Curricular. Una guía para la intervención psicopedagógica* (1 ed., pp. 327- 422). Madrid: Siglo XXI editores S.A.
- Mayor, M. A., Zubiauz, B., Viñuela, T., Prieto, T., Rodríguez, O. y de Santiago, P. (1996). Facilitando el acceso a la lectura mediante la enseñanza explícita del conocimiento fonológico en Educación Infantil. En M. Pereira (Ed.), *Estudios sobre la adquisición del castellano, catalán, eusquera y gallego*. (pp. 627-637). Santiago de Compostela: Universidad de Santiago de Compostela.
- Mayor, M.A., Zubiauz, B. y Díez-Villoria, E. (2005) Estudios sobre la adquisición del lenguaje. Salamanca: Aquilafuente. Universidad de Salamanca.
- Mayor, M. A. y Zubiauz, B. (en Prensa). *Programa de intervención LOLE. Del lenguaje oral al lenguaje escrito*. Madrid: TEA.
- McArthur, G., Hogben, J., Edwards, V., Heath, S. y Mengler, E. (2000). "Specifics" of specific reading disability and Specific Language Impairment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41(7), 869-874.
- McKinnon, D.; McLeod, S. y Reilly, S. (2007). The prevalence of stuttering, voice, and speech-sound disorders in Primary School students in Australia. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*, 38, 5-15.
- McLeod, S. y McKinnon, D. H. (2007). Prevalence of communication disorders compared with other learning needs in 14500 primary and secondary school students. *International Journal of Language y Communication Disorders*, 42(S1), 37 - 59.
- Mendoza Lara, E. (2006). *Trastorno Específico del Lenguaje (TEL)*. Madrid: Pirámide.

- Menyuk, P. (1993). Children with specific language impairment (Developmental Dysphasia): Linguistics aspects. En G. Blanken (Ed.), *Linguistics disorders and pathologies* (pp. 606-625). Berlin: Walter de Gruyter.
- Menyuk, P., Chesnick, M., Liebergott, J. W., Korngold, B., D'Agostino, R. y Belanger, A. (1991). Predicting reading problems in at-risk children. *Journal of Speech and Hearing Research, 34*, 893-903.
- Meyer, S. M. (2004). Classification of developmental language disorders. *Child Language Teaching and Therapy, 20*(3), 329-331.
- Miniscalco, C., Westerlund, M. y Lohmander, A. (2005). Language skills at age 6 years in Swedish children screened for language delay at 2½ years of age. *Acta Paediatrica, 94*(12), 1798 - 1806.
- Miranda, A. (1990). La posibilidad de predecir las dificultades iniciales en la lectoescritura: un estudio empírico. *Revista de Psicología de la Educación, 2*(3), 83-97.
- Molina, S. (1994). *Deficiencia Mental. Aspectos psicoevolutivos y educativos*. Málaga: Aljibe.
- Molina, S., Sinués, A., Deaño, M., Puyuelo, M. y Bruna, O. (1998). *El fracaso en el aprendizaje escolar II: Dificultades específicas de tipo neuropsicológico, dislexia, disgrafía, discalculia y disfasia*. Granada: Aljibe.
- Monfort, M. y Juárez, A. (1993). *Los niños disfásicos. Descripción y tratamiento*. Madrid: CEPE.
- Moscicki, E. K. (1984). The prevalence of incidence is too high. *ASHA, 26*(8), 39-40.
- Muñoz-Céspedes, J. M. y Melle, N. (2003). Alteraciones del lenguaje y de la comunicación en adultos con traumatismo craneoencefálico. En M. Puyuelo y J. A. Rondal (Eds.), *Manual de desarrollo y alteraciones del lenguaje. Aspectos evolutivos y patología en el niño y el adulto* (pp. 435-458). Barcelona: Masson.
- Narbona, J. (2001). Déficit de atención e hipercinesia. En J. Narbona y C. Chevré-Muller (Eds.), *El lenguaje del niño. Desarrollo normal, evaluación y trastornos* (pp. 327-342). Barcelona: Masson.

- Narbona, J. y Chevrie-Muller, C. (2001). *El lenguaje del niño. Desarrollo normal, evaluación y trastornos* (2ª ed.). Barcelona: Masson.
- Nelson, H., Nygren, P., Walker, M. y Panoscha, R. (2006). Screening for speech and language delay in Preschool Children: Systematic evidence review for the US preventive services task force. *Official Journal of the American Academy of Pediatrics*, 117, 298-319.
- Nieto Curiel, P. (1991). Incidencia de patología foniátrica en un servicio de O.R.L. En *Actas del I Congreso Nacional SOMEF. Sociedad Médica Española de Foniatría* (Ed.), (pp. 267-270). Salamanca: SOMEF.
- O Busari, J. y Weggelaar, N. (2004). How to investigate and manage the child who is slow to speak. *BMJ*, 328, 272-276.
- Organización Mundial de la Salud, O. (1992). *Clasificación Internacional de las enfermedades, trastornos mentales y del comportamiento (CIE-10)*. Ginebra: OMS.
- Orrantia, J., Morán, C., Gracia, A. D. y González, L. (1995). "¡Tenemos un problema...! Propuesta de un programa para enseñar a resolver problemas de matemáticas. *C&E. Cultura y Educación*, 28, 15-28.
- Pascual, P. (1988). *La Dislalia: naturaleza, diagnóstico y rehabilitación*. Madrid: CEPE.
- Patchell, F. y Hand, L. (1993). *An invisible disability language disorders in High School students and the implications for classroom teachers*, from URL: <http://www.ieua.socialchange.net.au/index.html>
- Peña, J. (2004). *Manual de logopedia* (3ª ed.). Barcelona: Masson.
- Peralta, F. (2001). Epidemiología. En J. Narbona y C. Chevrie-Muller (Eds.), *El lenguaje del niño. Desarrollo normal, evaluación y trastornos* (2ª ed., pp. 201-206). Barcelona: Masson.
- Peralta, F. y Narbona, J. (1991). Retrasos del desarrollo verbal y problemas de aprendizaje escolar: Estudio longitudinal. *Bordon*, 43, 285-298.
- Perelló, J., Ponces, J. y Tresserra, L. (1990). *Trastornos de Habla* (Vol. VIII). Barcelona: Masson.
- Perelló, J. (1990). *Trastornos de Habla*. Barcelona: Masson.

- Perelló, J., Guixa, J., Leal, M. y Vendell, J. (1984). *Perturbaciones del lenguaje* (3ª ed.). Barcelona: Científico-Médica.
- Petheram, B. y Enderby, P. (2001). Demographic and epidemiological analysis of patients referred to speech and language therapy at eleven centres 1987-95. *International Journal of Language and Communication Disorders*, 36(4), 515-525.
- Pita, S. (1995). *Epidemiología. Conceptos básicos*. Retrieved 14 septiembre, 2007, from http://www.fisterra.com/mbe/investiga/6tipos_estudios/6tipos_estudios.htm
- Póo, P. (1996). Parálisis Cerebral. En M. Puyuelo Sanclemente (Ed.), *Logopedia en la parálisis cerebral. Diagnóstico y tratamiento* (pp. 1-15). Barcelona: Masson.
- Portellano, J. A. (1985). *La Disgrafía*. Madrid: CEPE.
- Prathanee, B., Thinkhamrop, B. y Dechongkit, S. (2006). Specific language impairment: effect on later language development: a literature review. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 89(10), 1775-1787.
- Puyuelo, M. y Rondal, J. A. (2003). *Manual de desarrollo y alteraciones del lenguaje. Aspectos evolutivos y patología en el niño y el adulto*. Barcelona: Masson.
- Puyuelo, M. (1996). Problemas del lenguaje en parálisis cerebral. Diagnóstico y tratamiento. En M. Puyuelo, C. Basil, M. Le Métayer y P. Poo (Eds.), *Logopedia en la parálisis cerebral. Diagnóstico y tratamiento* (pp. 17-77). Barcelona: Masson.
- Quirk, R. (1972). *Report of the committee of enquiry into speech therapy services*. London: HMSO.
- Rapin, I. (1996). Sign language for children with acquired aphasia. *Journal of Child Neurology*, 11(4), 348-349.
- Rapín, I. y Allen, D. A. (1983). Developmental language disorders: Nosological considerations. En U. Kirk (Ed.), *Neuropsychology of language, reading and spelling* (pp. 155-184). New York: Academic Press.
- Reed, V. (1986). *Language disordered adolescents*. New York: Macmillan.
- Rice, M., Warren, S. y Betz, S. (2005). Language symptoms of developmental language disorders: An overview of autism, Down syndrome, fragile X, specific language impairment, and Williams syndrome. *Applied Psycholinguistics*, 26(7-27).

- Riviere, A. (2007). *El autismo. Orientaciones para la intervención educativa*. Madrid: Trotta
- Rodríguez, A. (2003). *La tartamudez: naturaleza y tratamiento*. Barcelona: Herder.
- Rothman, K. (1987). *Epidemiología Moderna*. Madrid: Diaz de Santos, S. A.
- Ruben, R. (2000). Redefining the survival of the fittest: Communication disorders in the 21st century. *Laryngoscope*, 110(2), 241-245.
- Rueda, M. (1995). *La lectura: adquisición, dificultades e intervención*. Salamanca: Amarú.
- Ruiz, M. A. (2001). *Estudio epidemiológico de la tartamudez en la población escolar obligatoria de Salamanca*. Universidad Pontificia de Salamanca, Salamanca.
- Saiz, J. y Montes, J. M. (2006). Contribución de la psicofarmacología a la actual nosología psiquiátrica. En F. López-Muñoz y C. Álamo González (Eds.), *Historia de la psicofarmacología. La consolidación de la psicofarmacología como disciplina científica: aspectos ético-legales y perspectivas de futuro* (Vol. 3, pp. 1483-1504). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Salgado, A. (2005). *Manual práctico de tartamudez*. Madrid: Síntesis.
- San Martín, H., Martín, A. y Carrasco, J. (1986). *Epidemiología, teoría, investigación y práctica*. Madrid: Díaz de santos, S.A.
- Sanchez, E. (1993a). *Los textos expositivos*. Madrid: Santillana-AulaXXI.
- Sanchez Miguel, E. (2008). *La comprensión lectora*, from <http://www.lalectura.es/2008/informe2008.pdf>
- Savage, R., Carless, S. y Ferraro, V. (2007). Predicting curriculum and test performance at age 11 years from pupil background, baseline skills and phonological awareness at age 5 years. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48(7), 732-739.
- Schiefelbusch, R. (1986). *Bases de la intervención en el lenguaje*. Madrid: Alhambra.
- Schoenbrodt, L., Kumin, L. y Sloan, J. M. (1997). Learning disabilities existing concomitantly with communication disorder: Learning disabilities occurring concomitantly with other disability and exceptional conditions. *Journal of learning disabilities*, 30(3), 264-281.

- SCOPE. (2007). *Communication Aid Provision: Review of the Literature*. Retrieved 14 Septiembre 2007, August 2007, from <http://www.scope.org.uk/disablism/downloads/scope-commaidprov-litreview07.pdf>
- Serra, M. (1990). Procesamiento del lenguaje en el retraso y la disfasia. En SOMEF (Ed.) *Actas del I Congreso Nacional SOMEF*, (pp. 31-37). Salamanca: SOMEF.
- Shames, G. y Wiig, E. (1990). *Human communication disorders* (3ª ed.). Columbus, O.H.: Merrill Publishing Company.
- Shriberg, L., Tomblin, J. y McSweeney, J. (1999). Prevalence of speech delay in 6-year-old children and comorbidity with language impairment. *Journal of Speech, Language and Hearing Research*, 42(6), 1461-1481.
- Silva, P., McGee, R. y Williams, S. (1983). Developmental language delay from three to seven years and its significance for low intelligence and reading difficulties at age seven. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 25(6), 783-793.
- Silva, P., Williams, S. y McGee, R. (1987). A longitudinal study of children with developmental language delay at age three: later intelligence, reading and behaviour problems. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 29(5), 630-640.
- Silvestre, N. (2003). Implicaciones de la sordera. En N. Silvestre, C. Cambra, C. Laborda, A. Mies, A. Ramspott, N. Rosich, P. Carrasumada y J. Valero (Eds.), *Sordera, comunicación y aprendizaje*. Barcelona: Masson, S.A.
- Silvestre, N., Cambra, C., Laborda, C., Mies, A., Ramspott, A., Rosich, N., P. Carrasumada y J. Valero (2003). *Sordera, comunicación y aprendizaje*. Barcelona: Masson, S.A.
- Simkin, Z. y Conti-Ramsden, G. (2006). Evidence of reading difficulty in subgroups of children with specific language impairment. *Child Language Teaching and Therapy*, Vol. 22(3), 315 - 331.
- Snowling, M., Bishop, D. y Stothard, S. (2000). Is pre-school language impairment a risk factor for dyslexia in adolescence? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41, 587-600.

- Snowling, M., Bishop, D., Stothard, S., Chipchase, B. y Kaplan, C. (2006). Psychosocial outcomes at 15 years of children with a preschool history of speech-language impairment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47(8), 759–765.
- Solana, A., Salafranca, L., Fauquet, J. y Núñez, I. (2004). Descripción univariante de datos categóricos. En A. Solana, L. Salafranca, J. Fauquet y I. Núñez (Eds.), *Estadística descriptiva en ciencias del comportamiento* (pp. 225-262). Madrid: Thompson.
- Stark, R. y Tallal, P. (1981). Selection of children with specific language deficits. *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 46, 114-122.
- Sunderland, L. (2004). Speech, language, and audiology services in public schools. *Intervention En School and Clinic*, 39(4), 209-217.
- Sundheim, S. y Voeller, K. (2004). Psychiatric implications of language disorders and learning disabilities: risks and management. *Journal of Child Neurology*, 19(10), 814-826.
- Tallal, P., Allard, L., Miller, S. y Curtis, S. (1997). Academic outcomes of language impaired children. En C. Hulme y M. Snowling, J. (Eds.), *Dyslexia: Biology, cognition and intervention* (pp. 167-181). London: Whurr.
- Thal, D. y Tobías, S. (1992). Communicative gestures in children with delayed onset of oral expressive vocabulary. *Journal of Speech and Hearing Disorders Research*, 35(1281-1289).
- Tomblin, J., Records, N., Buckwalter, P., Zhang, X., Smith, E. y O'Brien, M. (1997b). Prevalence of specific language impairment in kindergarden children. *Journal of Speech and Hearing Research*, 40(6), 1245-1260.
- Tomblin, J., Smith, E. y Zhang, X. (1997a). Epidemiology of specific language impairment: Prenatal and perinatal risk factors. *Journal of Communication Disorders*, 30(4), 325-344.
- Tomblin, J., Zhang, X., Buckwalter, P. y Catts, H. W. (2000). The association of reading disability, behavioral disorders, and language impairment among Second-grade Children. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 41, 473-482.

- Truscelli, D. (2001). Trastornos del habla y del lenguaje en los síndromes lesionales precoces: parálisis cerebral infantil. En J. Narbona y C. Chevrie-Muller (Eds.), *El lenguaje del niño. desarrollo normal, evaluación y trastornos* (pp. 219-239). Barcelona: Masson.
- Valmaseda, M. (1999). Los problemas de lenguaje en la escuela. En A. Marchesi, C. Coll y J. Palacios (Eds.), *Desarrollo psicológico y educación, 3. Trastornos del desarrollo y necesidades educativas especiales* (pp. 101-125). Madrid: Alianza.
- Van Hout, A. (2001). Afasia del niño. En J. Narbona y C. Chevrie-Muller (Eds.), *El lenguaje del niño. Desarrollo normal, evaluación y trastornos* (pp. 283-290). Barcelona: Masson.
- Van Riper, C. (1973). *The treatment of stuttering*. New York: Prentice Hall.
- Vazquez Ruiz de Larrea, C. (2004). Trastornos del lenguaje oral. En C. Vazquez Ruiz de Larrea (Ed.), *Trastornos del lenguaje oral* (pp. 67-79). Bilbao: Universidad del País Vasco.
- Verhoeven, L., y van Balkom, H. (2004). *Classification of developmental language disorders. Theoretical issues and clinical implications*. London: Lawrence Erlbaum Associates.
- Vieriro, P. (2005). Adquisición y aprendizaje de la lectoescritura: Bases y principales alteraciones. En M. Puyuelo Sanclemente y J. A. Rondal (Eds.), *Manual de desarrollo y alteraciones del lenguaje. Aspectos evolutivos y patología en el niño y el adulto* (pp. 283-321). Barcelona: Masson.
- Warner, J., Taylor, A., Taylor, E. y Sandberg, S. (2000). Inattentive behavior in childhood: Epidemiology and implications for development. *Journal of Learning Disabilities*, 33(6), 520-536.
- Weindrich, D., Jennen-Steinmetz, C., Laucht, M., Esser, G. y Schmidt, M. H. (2000). Epidemiology and prognosis of specific disorders of language and scholastic skills. *European child and adolescent psychiatry*, 9(3), 186-194.
- Weiner, P. (1986). The study of childhood language disorders: 19th century perspectives. *Journal of Communication Disorders*, 19, 1-47.

- Weiss, M., Worling, D. y Wasdell, M. (2003). A chart review study of the inattentive and combined types of ADHD. *Journal Attention Disorders*, 7(1), 1-9.
- Wong, V., Lee, P., Lieh-Mak, F., Yeung, C., Leung, P., Luk, S. y Yiu, E. (1992). Language screening in preschool chinese children. *European Journal of Disorders of Communication*, 27, 247-264.
- Woodward, M. (1999). *Epidemiology: study design and data analysis*. Boca Raton (FLorida): Chapman y Hall / CRC.
- Young, A., Beitchman, J., Johnson, C., Douglas, L., Atkinson, L., Escobar, M. y Wilson, B. (2002). Young adult academic outcomes in a longitudinal sample of early identified language impaired children and control children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 43(5), 635-645.
- Zhang, X. y Tomblin, J. (2000). The association of intervention receipt with speech-language profiles and social-demographic variables. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 9, 345-357.
- Zubiauz, B. y Mayor, M.A. (2008) Mejorando el aprendizaje lector en los alumnos de Primaria. En E. Díez-Itza (ed): Estudios de desarrollo del lenguaje y educación. (pp 323-332) Universidad de Oviedo-ICE: Aula Abierta

ANEXO I

ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS

A.- INDICE DE TABLAS

Tabla 1: Modelo Preceder - Proceder en prevención.....	p.51
Tabla 2: Ramas de conocimiento que intervienen en el lenguaje.....	p.61
Tabla 3: Ejes para la clasificación de los trastornos del lenguaje.....	p.73
Tabla 4: Criterios de clasificación de los trastornos del lenguaje.....	p.82
Tabla 5: Criterios de gravedad para la clasificación de los retrasos del lenguaje.....	p.84
Tabla 6: Criterios de clasificación de los T.E.L.....	p.85
Tabla 7: Criterios clasificación trastornos de la comunicación (DSM-IV, 1994, 2008 y CIE-10, 1993).....	p.90
Tabla 8: Criterios comparativos de las distintas habilidades lingüísticas en TEL-E y TEL-ER.....	p.92
Tabla 9: Criterios diagnósticos DSM-IV del trastorno autista.....	p.104
Tabla 10: Síntomas del síndrome de Rett (DSM-IV).....	p.105
Tabla 11: Diseños de investigación epidemiológicos.....	p.184
Tabla 12. Porcentajes de casos tratados en cada curso académico.....	p.233
Tabla 13. Porcentajes de patologías que demandan consulta	p.234
Tabla 14. Porcentajes de edades de mayor prevalencia de consulta.....	p.236
Tabla 15. Porcentajes en cuanto al sexo.....	p.239
Tabla 16. Análisis de la significación estadística de la variable sexo.....	p.239
Tabla 17: Grado de asociación entre sexo y patología.....	p.240
Tabla 18. Relación entre la sexo y patología.....	p.241
Tabla 19: Grado de asociación entre edad y patología.....	p.242
Tabla 20: Relación entre edad y patología.....	p.248
Tabla 21: Relación entre el retraso del lenguaje oral comprensivo y la lectura comprensiva	p.251
Tabla 22: Grado de relación significativa entre las variables	p.251

Tabla 23: Grado de asociación entre los diferentes componentes lingüísticos comprensivos y las dificultades en comprensión lectora	p.252
Tabla 24: Relación retrasos lenguaje oral expresivo y la lectura comprensiva.....	p. 253
Tabla 25: Grado de relación significativa entre las variables.....	p.253
Tabla 26:Grado de asociación entre los diferentes componentes lingüísticos expresivos y las dificultades en comprensión lectora	p. 254
Tabla 27: Relación entre los diferentes componentes lingüísticos comprensivos y las dificultades en comprensión lectora según la edad	p. 255
Tabla 28: Grado de relación significativa entre las variables	p. 256
Tabla 29: Asociación significativa entre los diferentes componentes lingüísticos comprensivos y las dificultades en comprensión lectora según la edad.....	p.257
Tabla 30: Relación significativa entre los diferentes componentes lingüísticos expresivos y las dificultades en comprensión lectora según la edad.....	p.258
Tabla 31: Grado de relación significativa entre ambas variables.....	p. 259
Tabla 32: Asociación significativa entre los diferentes componentes lingüísticos expresivos y las dificultades en comprensión lectora según la edad.....	p. 260

B.- INDICE DE FIGURAS

Figura 1: Estructura formal del lenguaje.....	p.66
Figura 2: Clasificación de los trastornos del lenguaje.....	p.72
Figura 3: Clasificación de los trastornos del habla I.....	p.76
Figura 4: Clasificación de los trastornos del habla II.....	p.78
Figura 5: Clasificación de los retrasos del desarrollo del lenguaje.....	p.80
Figura 6: Clasificación de los Trastornos Específicos del Lenguaje.....	p.89
Figura 7: Ciclo de los Estudios Epidemiológicos	p.184
Figura 8: Criterios clasificación de los estudios epidemiológicos.....	p.187
Figura 9: Criterios clasificación de los estudios epidemiológicos.....	p.188
Figura 10. Porcentaje de consultas por diagnóstico	p.234
Figura 11. Porcentajes de edades de mayor prevalencia de consulta.....	p.237
Figura 12. Porcentajes en cuanto al sexo.....	p.239

ANEXO I
MODELO DE ENTREVISTA CLÍNICA

A.- MODELO DE ENTREVISTA CLÍNICA

PROTOCOLO DE EVALUACIÓN

Nº HISTORIAL CLÍNICO:

FECHA DE EVALUACIÓN:

1.- DATOS PERSONALES:

Apellidos: Nombre:

Fecha Nacimiento: Edad:

Domicilio: Tfno:

2.- DATOS FAMILIARES:

Nombre de la Madre: Profesión:

Nombre del Padre: Profesión:

Nº de hijos: Edades:

Lugar que ocupa entre los hermanos:

Otras observaciones:

.....

CATEGORIZACIÓN DEL PROBLEMA

3.- MOTIVO DE CONSULTA:

¿Cuál es el motivo de consulta?

.....

Derivado por:

.....

Otras evaluaciones realizadas:

.....

4.- ANTECEDENTES EVOLUTIVOS:

4.1 Embarazo:

- Edad de la madre:
- ¿Hubo Complicaciones?:.....

4.2 Parto:

- ¿A término?.....
- ¿Asistencia médica o matrona?.....
- Peso aproximado del niño al nacer:.....
- Problemas durante el parto:
 - * Vueltas de cordón.....
 - * Duración anormal.....
 - * Incubadora.....
 - * Otros.....

4.3 Enfermedades:

- ¿Qué enfermedades ha padecido?.....
- Intervenciones quirúrgicas.....
- Hospitalizaciones.....
- Caídas con pérdida de conciencia.....

4.4 Alimentación

- Problemas de Masticación/Deglución.....
- Alimentación Natural/Artificial:.....
- Otros.....

4.5 Desarrollo Motor

- Desarrollo de la marcha.....
- Caídas frecuentes.....

- ¿Es torpe en general?.....

4.6 Desarrollo Lingüístico

- Edad de inicio de las primeras palabras.....

- Desarrollo posterior.....

- lenguaje inteligible.....

4.7 Desarrollo Social:

- Autonomía Personal:.....

- Control de esfínteres

* Día.....

* Noche.....

- ¿Ha tenido alguna dificultad especial en la educación de su hijo/a?

.....

4.8 Aspectos Sensoriales:

- Audición (Exploraciones Realizadas).....

- Visuales.....

4.9 Lateralidad:

- Diestro

- Ambidiestro:

- Zurdo

- Zurdo Contrariado

a) Actitud Familiar:

.....

b) Actitud Escolar:

.....

5.- ESCOLARIZACIÓN:

5.1 Curriculum Escolar:

- Guardería:

- Preescolar:

- Curso Actual: - Colegio:

- Repeticiones:

5.2 Alteraciones de la Escolaridad:

- Dificultades en el inicio de la escolaridad (Negativismo, Lloros...)

.....

- Enfermedades que impidieran la asistencia normal

.....

- Cambios de colegio

.....

- Cambios de profesor

.....

5.3 Proceso de Aprendizaje:

5.3.1 General:

- Dificultad en las Asignaturas:.....

- Facilidad en las Asignaturas:.....

- Dificultades especiales en Cálculo:.....

5.3.2 Lecto-Escritura:

- ¿Quién le enseñó a leer?.....

- ¿Qué edad tenía?.....

- Método empleado.....

- Actitud ante este aprendizaje.....

- ¿Le gusta leer?.....

- ¿Tiene interés en aprender?.....

6. ANTECEDENTES FAMILIARES:

- De problemas de Lenguaje:.....
- De problemas específicos de Lecto-Escritura:.....
- Enfermedades:.....

7. ACTITUD DE LA FAMILIA ANTE EL PROBLEMA:

- Atribución de los mismos:.....
- ¿Les preocupa excesivamente el problema?.....
- ¿Qué están dispuestos a hacer para ayudarlo?.....
- ¿Cómo ven la situación de su hijo/a?.....
- ¿Qué hacen ante esas situaciones?.....

OBSERVACIONES GENERALES:

.....

.....

.....

Salamanca, a de de

ANEXO II
PROTOCOLO RECOGIDA DE DATOS

HISTORIAL: CURSO DE INTERVENCIÓN: FECHA 1ª CONSULTA: FECHA DE ALTA: DIAGNÓSTICO	DURACIÓN TTO:
---	---------------

FILIACIÓN DEL PACIENTE:

NOMBRE Y APELLIDOS (Iniciales):	FECHA NAC.:	EDAD:	SEXO:
DOMICILIO:	TLFNO:		
POBLACIÓN:	Rural	Urbana	
CENTRO ESCOLAR / LUGAR DE TRABAJO			

REMITENTE

- Iniciativa propia/Familia
- Servicio Foniatría Hospital Clínico
- IMSERSO
- Unidad de Salud Mental
- Equipo MEC
- Profesor- Centro escolar
- Servicio de Pediatría
- Médico de cabecera
- Gabinete privado
- Otros servicios UPS
 - Facultad
 - Terapia familiar
 - Otros

MOTIVO CONSULTA

- Tr. General del desarrollo (Autismo...)
- Tr. Neuropsicológico (Afasias...)
- Dificultad de aprendizaje
- Deficiencia intelectual
- Retraso Habla (dislalias)
 - Disglosias
- Disfonías
- Lecto-escritura
 - Retraso del lenguaje
- Hipoacusias

EXPRESIÓN LITERAL DEL MOTIVO DE CONSULTA

.....

.....

QUIEN ACUDE A CONSULTA

Padres Padre Madre Otros

INICIO DE LOS SÍNTOMAS

1 año 2 años 3 años Otros

ANTECEDENTES ASISTENCIALES EN TERAPIA DEL LENGUAJE

NO

SI Por el mismo motivo Otros motivos:

O Instituciones:

O De la provincia:

Otra:.....

O Foniatría

O IMSERSO

O E. Psicopedagógicos

O Servicios asistenciales UPS

o Terapia familiar

o Clínica infantil

o Otros:

O Otros remitentes:

DATOS FAMILIARES

PADRES (P = Padre, M = Madre)

Edad:	P.....	M.....	Nivel Educación	P.	M.
E. Civil:	P.	M.	Estudios superiores	O	O
			Estudios medios	O	O
Soltero	O	O	Bachiller superior	O	O
Casado	O	O	Bachiller elemental	O	O
Viudo	O	O	Estudios primarios	O	O
Separado	O	O	Lee y escribe	O	O
2ª Nupcias	O	O	Analfabeto	O	O
Ocupación:	P.	M.		P.	M.
En Paro	O	O	Tr. No cualificado	O	O
Ama de casa	O	O	Autónomo/Indep.	O	O
Estudiante	O	O	Pensionista	O	O
Estimación nivel socioeconómico:			Alto O Medio O Bajo O Ninguno O		

HERMANOS:

Nº Total (incluido el paciente).....

Lugar que él ocupa.....

Edades.....

Edad del paciente.....

LUGAR DE PROCEDENCIA DE LA FAMILIA:

O Urbano

O Rural

O Otras Com. Autónomas O Otros países

ESTRUCTURA FAMILIAR

O Nuclear típica O N. atípica

O Ampliada

O Incompleta

ESCOLARIDAD

O Guardería

O Educación Infantil

O EGB/PRIMARIA

O Universitario

O Abandono

O Centro educación especial

O Escolarizado en su curso

O BUP/ ESO O COU

O No escolarizado

O Integración

O F. P.

O Ciclos Formativos

CENTRO EDUCATIVO

O Público
O Privado

O De la localidad
O De la provincia

O Otra provincia
O Otros.....

OCUPACIÓN ACTUAL

O Estudiante
O En paro
O Ama de casa
O Autónomo

O Trabajo cualificado
O Trabajo no cualificado
O Pensionista
O Otros

ANTECEDENTES BIOGRÁFICOS

O Evolutivos

Embarazo
Parto.....
Desarrollo motor.....
Desarrollo lingüístico
Otros

O Físicos

Visuales
Auditivos
Enfermedades
Otros

O Escolares

Repeticiones curso
Cambios de colegio
Conflictos escolares
Hiperactividad/ Tr. Atencionales

JUICIO DIAGNÓSTICO

O Nada patológico

O Retraso mental

O Grave O Moderado O Leve

O Trastorno Generalizado del desarrollo

O Autismo O Inespecífico O Otros

O Trastorno O.R.L.

O Hipoacusia

O Grave O Moderada O Leve
O Neurosensorial O Transmisión O Mixta

O Cofosis

O Laringectomía
O Total

O Supraglótica

O Reconstructiva

O Cordectomía

O Otitis

O Seromucosa

O Media

O Trastorno Neurológico

O P.C.I.

O A.C.V.

O Tumor intracraneal

O T.C.E.

O Epilepsia

O Trastorno lenguaje-Habla-Voz

O DIAGNÓSTICO

PRUEBAS DE EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA

.....
.....
.....
.....

TRATAMIENTO

O Del Habla:

O Articulación

O Fluidez

O Del Lenguaje Oral:

O Comprensivo

O Expresivo

O Componentes:

O Semántico

O Morfosintáctico

O Pragmático

O Del Lenguaje Escrito:

O Escritura:

O Grafía

O Ortografía Arbitraria

O Ortografía Natural:

O Lectura:

O Fluidez Lectora:	si	no
O Comprensión Lectora:	si	no
O Metalenguaje (Conciencia Fonológica:	si	no

ANEXO III

PRINCIPALES PRUEBAS DE EVALUACIÓN

I.- VALORACIÓN COGNITIVA E INTELIGENCIA

Bender, L. (1982) "*Test Gestáltico Visomotor*" B. Aires: Paidós

Wechsler, D (1993) "*Escala de inteligencia de Weschler para niños revisada*" (WISC-R)
Madrid: TEA

Wechsler, D. (1976): *WPPSI. Escala de Inteligencia de Wechsler para preescolar y primaria*. Madrid. TEA.

Wechsler, D (1993) "*Escala de inteligencia de Weschler para adultos*" Madrid: TEA

Raven, J.; Raven, J.C. y Court, J. H. (1993). *Test de Matrices Progresivas. Manual*.
Buenos Aires: Paidós.

II.- ESCALAS DE DESARROLLO

Arthur, G. (1980). *Arthur adaptation of the Leiter International Performance Scale*.
Chicago. Stoelting.

Bayley, N. (1977). *Escalas Bayley de desarrollo infantil*. Madrid: TEA.

Burgemeister, B.; Blum, L. y Lorge, I (2004) *CMMS, Escala De Madurez Mental De Columbia*. Madrid: T.E.A.

Brunet, V. y Lézine, I. (1978) *Brunet-Lezine. Evaluación Del Desarrollo Psicológico. Escala*. Madrid: MEPSA

Edwards, S.; Fletcher, P.; Garman, M.; Hughes, A.; Letts, C. y Sinka I. (1997). *The Reynell Developmental Language Scales III, RDLS*. Windsor England,
National Foundation for Educational Research

McCarthy, D. (1986): *MSCA. Escalas McCarthy de Aptitudes y Psicomotricidad para niños*. Madrid. TEA.

Newborg, J, Stock, J. y Wnek, L (1996) *Battelle, Inventario De Desarrollo*. Madrid: T.E.A.

III.- VALORACIÓN LINGÜÍSTICA

Aguado, G. (1989): *El desarrollo de la morfosintáxis en el niño: Manual de Evaluación del TSA*. Madrid. CEPE.

Aguinaga, Armentia, Fraile, Olangua y Uriz (1989): *PLON. Prueba de lenguaje oral Navarra. Editorial: T.E.A.*

Boehm. A (1971) *Boehm, Test de Conceptos Básicos*. Madrid: T.E.A.

Bosch, L. (1984). *El desarrollo fonológico infantil: Una prueba para su evaluación*. En M. Siguan (Ed.), *Estudios sobre psicología del lenguaje infantil* (pp. 33-56). Madrid: Pirámide.

Branca, M. F., Alcántud, F., Ferrer, A. M y Quiroga, M. (1998). *Evaluación de la discriminación auditiva y fonológica, EDAF*. Barcelona. Lebrón.

Cervera, M y Toro, J. (1980) "*T.A.L.E. test de análisis de la lectoescritura*" Madrid: Pablo del Río

Dunn, L (1981) *Peabody, Test De Vocabulario En Imágenes*. Madrid: Mepsa.

Gotzens y Marro (1999) *Prueba de Valoración de La Percepción Auditiva*. Barcelona: Masson.

Kirk, S.A., McCarthy, J.J., y Kirk, W.D. (1989, 2º edición): *ITPA. Test Illinois de habilidades psicolingüísticas. Adaptación española: S. Ballesteros y A. Cordero*. Madrid. TEA.

Monfort, M. y Juárez, A. (1989): *Registro Fonológico Inducido*. Madrid. CEPE.

Puyuelo, M., Wiig, E., Renom, J. y Solanas, A. (1998) *BLOC, Bateria Del Lenguaje Objetivo Y Criterial*. Barcelona: Masson.

Vallés Arándiga, A. (1990): *Evaluación de la dislalia: Prueba de articulación de fonemas. PAF*. Madrid. CEPE.

Yuste J., Gotor, C. y otros (1999) ELA-R. EXAMEN LOGOPÉDICO DE ARTICULACIÓN (ELA- ALBOR). Madrid: Grupo Albor-Cohs

IV.- VALORACIÓN NEUROPSICOLÓGICA RELACIONADA CON EL LENGUAJE

Benton, A. (2002) *TRVB, Test De Retencion Visual De Benton*. Madrid: TEA

Goodglas, H. y Kaplan, E. (1986). *TVB, Test De Vocabulario De Boston Evaluación de la Afasia y Trastornos Asociados* (2 ed.). Madrid: Panamericana.

Rey, A. (1987) *Tets de Copia De La Figura Compleja* Madrid: T.E.A.

V.- OTRAS

Prueba Valoración de Habilidades Metalingüísticas elaborada en las escuelas superiores de Logopedia y Psicología del Lenguaje para la evaluación del grado de desarrollo de las habilidades metalingüísticas para el aprendizaje sistemático de la lecto- escritura.

Prueba de Valoración de la comprensión de problemas matemáticos de Orrantia, J., Morán, C., Gracia, A. D. y González, L. (1995). "¡Tenemos un problema...! Propuesta de un programa para enseñar a resolver problemas de matemáticas. *C&E. Cultura y Educación*, 28, 15-28.

Esta tesis doctoral se terminó de escribir
el día 22 de Julio del 2010,
con el zoom ampliado desde el 75 al 150%
frente a una ventana que mira al campo, así lo imaginé tiempo atrás.

("Lo difícil se hace, lo imposible se intenta" Marco Aurelio 121-180 d.C.)