



Revista Internacional de apoyo a la inclusión, logopedia,
sociedad y multiculturalidad

ISSN: 2603-9443

ISSN: 2387-0907

antonio.hernandez@ujaen.es

Universidad de Jaén

España

Úbeda Martín, Pilar
La historia del trastorno específico del lenguaje (TEL)
Revista Internacional de apoyo a la inclusión, logopedia, sociedad
y multiculturalidad, vol. 3, núm. 1, 2017, -Marzo, pp. 258-269
Universidad de Jaén
España

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=574660901018>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

UJAEN
redalyc.org

Sistema de Información Científica Redalyc
Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso
abierto

La historia del trastorno específico del lenguaje (TEL).
(*The history of specific language disorders*)

Pilar Úbeda Martín

Diplomada en Audición y Lenguaje. Universidad de Granada, España.

Páginas 258-269

Fecha recepción: 12-12-2016

Fecha aceptación: 31-12-2016

Resumen.

Conocer la historia del término de trastorno específico de lenguaje (TEL), cuestionarnos preguntas como: ¿Cuándo se detectó? y ¿Qué características presentaban? Estas son algunas de las preguntas que vamos a resolver posteriormente en este artículo. Es de vital importancia conocer la fundamentación teórica para poder llegar a comprender el término actual del TEL. Además de conocer las características comunes para identificarlo en los niños y niñas en la realidad educativa, como sus necesidades educativas especiales que cada alumno y alumna presenta con sus peculiaridades y potencialidades. Por esa razón, saber que cada niño y niña es diferente de unos a otros y eso es lo que le hace especial. Posteriormente, llevaremos a cabo una muestra de un caso de una alumna con TEL en todos los ámbitos del lenguaje para una intervención eficaz. Bienvenidos a conocer cómo ha cambiado la terminología pasando de ser discriminatoria para pasar a una terminología no negativa dentro del marco de la inclusión educativa en el mundo del TEL.

Palabras clave: trastorno específico del lenguaje; historia; terminología; inclusión.

Abstract.

To know the history of the term of specific disorder of language (TEL), questions to question as: when was it detected? And what characteristics were they presenting? These are some of the questions that we are going to solve later in this article. It performs vital importance to know the theoretical foundation to be able to manage to understand the current term of the TEL. Beside knowing the common characteristics to identify it in the children and girls in the educational reality, as his educational special needs that every pupil and pupil presents with his peculiarities and potentials. For this reason, to know that every child and girl is different from some from others and it is what makes him special. Later, we will carry out a sample of a case of a pupil with TEL in all the areas of the language for an effective intervention. Welcome to knowing how it has changed the terminology happening of being discriminatory to go on to a not negative terminology inside the frame of the educational incorporation in the world of the TEL.

Keywords: Specific disorder of the language; it tells the history; terminology; incorporation

1.-Introducción.

En Europa inicialmente se utilizaba el término “disfasia” para referirse al actual “Trastorno Específico de Lenguaje” desde ahora TEL. También se lo llegó a denominar “alalia, audiomudez, sordera verbal congénita, afasia evolutiva” Si bien los primeros libros acerca de trastornos de lenguaje en niños aparecieron alrededor de los años 50, el hecho de que se utilizara los conceptos teóricos de la afasia (lenguaje adulto) para intentar explicar la patología infantil y a su vez, se aplicaran los modelos terapéuticos derivados del aprendizaje (lenguaje infantil) a la patología adulta, marcó el inicio de lo que sería el TEL.

La ASHA (American Speech-Language-Hearing Association, 1980) nos proporciona la definición más característica de TEL: “Anormal adquisición, comprensión o expresión del lenguaje hablado o escrito. El problema puede implicar a todos, uno o algunos de los componentes fonológico, morfológico, semántico, sintáctico o pragmático del sistema lingüístico. Los individuos con trastornos de lenguaje tienen frecuentemente problemas de procesamiento del lenguaje o de abstracción de la información significativa para almacenamiento y recuperación por la memoria a corto o a largo plazo” (pp. 317-318).

Crystal (1983) utiliza el término de “Disfasia” cuando el retraso del lenguaje afecta solo a la gramática y a la semántica sin considerar otros procesos.

Stark y Tallal (1981) establecen los siguientes criterios para identificar el TEL a. Nivel auditivo de 25 dB en la frecuencia de 250 a 6.000 Hz, y de 25 dB en reconocimiento de palabras.

b. Sin alteraciones conductuales ni emocionales.

c. Nivel intelectual normal d. Sistema nervioso normal.

e. Habilidades prácticas normales.

f. Nivel lector normal.

Leonard, (1991) postula el lenguaje como un continuo en la que los niños con trastornos de lenguaje se situarían en el extremo inferior de este continuo lingüístico. Esta postura simplista no sirve para dar una definición de TEL o para buscar sus bases causales.

Para Aram (1991) el TEL no constituye una categoría clínica, sino un conglomerado de subcategorías con posibles factores causales diferentes.

Prácticamente no existen estudios acerca de la cantidad de menores con TEL. Solo ha sido posible estudiar bases de datos y extrapolarlos al TEL, ya que la mayoría de los estudios se refieren a los retrasos del lenguaje. Además la mayoría de los datos epidemiológicos provienen de Estados Unidos. Debido a ello la implicancia del nivel socioeconómico conlleva a errores de interpretación, ya que los niveles bajos se asocian a minorías étnicas y lingüísticas. La prevalencia del trastorno sería de 2:1 (niños en relación a niñas). Ahora bien el porcentaje de la población que presenta el

trastorno de lenguaje ronda en torno al 5%. En relación a la persistencia del trastorno los estudios apuntan hacia una elevada persistencia del problema aunque los períodos de seguimiento han sido relativamente cortos.

En cuanto al pronóstico estos apuntan hacia un cuadro negativo si los problemas de lenguaje no se resuelven en los primeros años de escolaridad afectando a la lectoescritura. No existen estudios acerca del tipo, cantidad y calidad de tratamiento que reciben los niños con trastornos de lenguaje ya que ello tendría implicancias éticas en relación a los grupos control y de estudio (niños que reciben y no reciben tratamiento).

Se entiende como retraso significativo en el lenguaje un desfase temporal en la adquisición considerada normal de distintas competencias de lenguaje. Se clasifica en: Retraso leve del lenguaje, retraso simple, retraso moderado del lenguaje TEL y retraso grave del lenguaje. Werc (1994)

Según Valsameda (1990): son dificultades globales en la adquisición del lenguaje cuyo desajuste cronológico se da a todos los niveles del sistema fonético fonológico.

Tel se define como un fracaso en el desarrollo normal del lenguaje que no puede explicarse en términos de discapacidad intelectual o física, discapacidad auditiva o trastorno emocional los criterios para el diagnóstico del TEL quedan recogidos según el Dsm V e Instrucciones 22 de junio de 2015 de la dirección general de participación y equidad, por las que se establece el protocolo de detección, identificación del alumnado con necesidades específicas de apoyo educativo y organización de la respuesta educativa. Bishop (2002)

Criterios para el diagnóstico DSM V:

A-dificultades persistentes en la adquisición y uso del lenguaje a través de las diferentes modalidades debido a los déficits en comprensión o producción que incluyen los siguientes Vocabulario reducido, limitada estructura de las frases, errores en el discurso.

B-las aptitudes del lenguaje están cuantificable y sustancialmente por debajo de lo esperado en función de la edad lo que provoca limitaciones funcionales en una o más de las siguientes áreas: comunicación efectiva, participación social, alcanzar los logros académicos o laborales.

C-el inicio de los síntomas se produce en un momento temprano del desarrollo.

D-las dificultades no son atribuibles a una d. auditiva a otras d. sensorial, física u otra condición médica o neurológica y no se explica con discapacidad intelectual.

Tal y como aparece en la circular de 10 de septiembre 2012 dentro de los trastornos específicos del lenguaje TEL podemos diferenciar de tipo expresivo semántico pragmático y tipo mixtos. Que será necesario recurrir a SAAC.

El trastorno específico del lenguaje (TEL) o trastorno específico del desarrollo del lenguaje (TEDL) es un trastorno en el lenguaje caracterizado por la incapacidad para usarlo. No se conoce muy bien la etiología, pero los estudios más recientes dan sospechas de un factor genético.

Una de las primeras personas que sospechará que un niño podría tener el TEL suele ser un padre o un maestro de preescolar o de la escuela primaria. En el diagnóstico pueden participar varios profesionales del habla y del lenguaje, incluyendo un fonaudiólogo o patólogo del habla-lenguaje (un profesional de la salud capacitado para evaluar y tratar a niños con problemas del habla o del lenguaje).

Las habilidades en el lenguaje se miden usando herramientas de evaluación que determinan la capacidad del niño de construir frases y mantener las palabras en el orden correcto, el número de palabras en su vocabulario y la calidad de su lenguaje hablado. Hay una cantidad de pruebas disponibles comercialmente específicamente diseñadas para diagnosticar el TEL.

Algunas de las pruebas usan interacciones entre el niño y títeres u otros juguetes. De esta manera, se pueden evaluar las normas específicas de la gramática, especialmente el uso incorrecto de los tiempos verbales. Estas pruebas se pueden utilizar con los niños de 3 a 8 años de edad y son especialmente útiles para identificar a los niños con el TEL, en cuanto entran en la edad escolar.

2.-Causas.

Los niños diagnosticados con TEL: muestran un funcionamiento correcto en la mayoría de áreas de funcionamiento, no muestran otros trastornos concomitantes, y tienen evidentes dificultades en el lenguaje sin razones aparentes. Y aunque, como veremos más adelante, la variedad de problemas y casos que se consideran como TEL es muy grande, podemos considerar como características generales de este trastorno las siguientes:

Hay un nivel lingüístico inferior a lo esperado para el grupo de edad (se considera que tiene que existir un retraso de al menos 12 meses, o de al menos 1,25 desviaciones típicas por debajo de la media de la población normal en un test de lenguaje)

Se define por exclusión: es todo inicio retrasado y todo desarrollo enlentecido del lenguaje que no pueda relacionarse con un déficit sensorial, un déficit motor, deficiencia mental, trastornos psicopatológicos, privación socioafectiva ni con lesiones cerebrales evidentes.

Sin embargo, si se analiza más a fondo, se verá que este trastorno puede presentarse también en personas con problemas de audición o de la motricidad orofaríngea, en personas con retraso mental, etc.

La dificultad en estos casos será demostrar que ambos trastornos no están relacionados.

2.1.-Las causas del trastorno específico del lenguaje son variadas:

Genética: la herencia es un factor importante en esta alteración del lenguaje, ya que aumenta el porcentaje de padecer esta enfermedad hasta el 70%. Además, si la madre está afectada la probabilidad es que 1 de cada 3 hijos salga afectado. Y también en gemelos la probabilidad de que los dos salgan con este trastorno oscila entre el 46% y el 96 %

Neuro-biológica: las hemorragias cerebrales, las lesiones subcorticales en los ganglios basales, las anomalías neuronales, el déficit circulatorio o lesiones en el Sistema Nervioso Central, pueden provocar Trastorno específico del lenguaje.

Factor ambiental: la influencia de agentes exógenos, factores prenatales (alcoholismo, traumatismos, drogodependencia de la madre), madre ansiosa-depresiva u otitis serosas persistentes durante un periodo crítico pueden influir en este trastorno.

2.2.-Clasificación.

La clasificación más utilizada es la de Rapin y Allen, que clasifica el TEL en las siguientes categorías:

Trastornos de vertiente expresiva, dispraxia verbal, incapacidad masiva de fluidez. Articulación muy afectada, incluso ausencia completa del habla. Comprensión normal o muy próxima a lo normal. Trastorno de programación fonológica. Habla fluida, pero difícilmente comprensible. Comprensión "normal" o casi "normal"
Trastornos que afectan la comprensión y expresión. Déficit mixto (receptivo-expresivo) o trastorno fonológico-sintáctico. Trastorno en la fluidez verbal
Alteración en la articulación del habla. Expresión limitada. Sintaxis deficiente, frases cortas, omisión de palabras funcionales, agramatismo. Comprensión deficiente en grados diversos excepto la expresión

Agnosia auditivo-verbal o sordera verbal, comprensión del lenguaje oral gravemente afectada, incluso ausente. Expresión limitada a cortas frases o palabras únicas, o totalmente ausente. Articulación alterada y fluidez verbal perturbada.

Trastornos del proceso central de tratamiento y formulación: Déficit semántico pragmático, habla fluida, a menudo logorreica, articulación normal, estructura gramatical de las frases normal y modos de conversación aberrantes.

Déficit en la comprensión de los enunciados complejos, déficit léxico-sintáctico.
Articulación "normal", jerga fluida (en el niño pequeño).
Sintaxis inmadura, dificultad para formulaciones complejas. Deficiente comprensión de enunciados complejos (preguntas abiertas).

Criterios de exclusión/inclusión:

Nivel auditivo de 25dB en frecuencias conversacionales, indicadores emocionales y conductuales sin alteraciones. CI de ejecución superior a 85. Sin presencia de signos de alteración neurológica. Destrezas motoras del habla sin alteraciones

3.-Características.

El niño presenta un desarrollo normal a nivel cognitivo, social, de autoayuda y motor.

No existen déficits sensoriales ni alteraciones cerebrales asociadas. En definitiva, no existe una causa conocida que pueda explicar la gravedad del retraso en el lenguaje.

Los déficits afectan a la competencia lingüística (comprensión y producción) pero no a la comunicativa; es decir, que los niños con TEL suelen mantener una intención comunicativa importante.

El problema es evidente desde las primeras etapas de adquisición del lenguaje (2-3 años).

Los comportamientos disruptivos: debido a los problemas que tienen para comunicarse con los demás y a la frustración que eso produce, es frecuente que los niños con TEL muestren comportamientos como tirar cosas, gritar, tirarse al suelo...

La afectividad y aspectos sociales: los problemas de producción y comprensión del lenguaje suelen provocar que los niños se retraigan en el contacto social, o que sean considerados como "torpes" por los demás. Este retraimiento social puede llegar a ser severo y afectar el desarrollo de la afectividad y los comportamientos de socialización.

Rendimiento académico: por supuesto, los niños con TEL tienen un rendimiento académico muy pobre, ya que la mayor parte del currículum está construido sobre habilidades que tienen un componente verbal. Cierta fluidez de producción, pero con articulación confusa (enunciados casi ininteligibles). Notable mejoría de calidad articulatoria en tareas de repetición de elementos aislados (sílabas, etc). Comprensión normal o casi normal.

Incapacidad masiva de fluencia. Grave afectación de la articulación (hasta ausencia completa de habla). Enunciados de 1 o 2 palabras, que no mejoran en su realización articulatoria con la repetición. Comprensión normal o próxima a la normal.

Trastornos de comprensión y expresión. Trastorno fonológico-sintáctico. Déficit mixto receptivo-expresivo. Fluidez verbal perturbada. Articulación de habla alterada. Sinta-

xis deficiente: frases cortas, omisión de nexos y marcadores morfológicos, laboriosa formación secuencial de enunciados.

Comprensión mejor que expresión. Variables de dificultad de comprensión: longitud del enunciado, complejidad estructural del enunciado, ambigüedad semántica, contextualización del enunciado, rapidez de emisión.

Agnosia auditivo-verbal. Sordera verbal. Fluidez verbal perturbada. Comprensión del lenguaje oral severamente afectada o ausente. Expresión ausente o limitada a palabras sueltas. Articulación gravemente alterada. Comprensión normal de gestos.

Trastornos del proceso central de tratamiento y de la formulación.

Trastorno semántico-pragmático. Desarrollo inicial del lenguaje más o menor normal. Articulación normal o con ligeras dificultades. Enunciados bien estructurados gramaticalmente. Grandes dificultades de comprensión; puede haber una comprensión literal y/o no responder más que a una o dos palabras del enunciado del interlocutor. Falta de adaptación del lenguaje al entorno interactivo: deficientes ajustes pragmáticos a la situación y/o al interlocutor, coherencia temática inestable, probable ecolalia o perseverancia.

Trastorno léxico-sintáctico. Articulación normal o con pequeñas dificultades, jerga fluente. Sintaxis perturbada: formulación compleja dificultosa, interrupciones, perífrasis y reformulaciones, orden secuencial dificultoso, utilización incorrecta de marcadores morfológicos, frecuencia de "muletillas". Comprensión normal de palabras sueltas. Deficiente comprensión de enunciados.

4.-Un caso de un alumno con TEL.

4.1.-Información:

Nombre: Manuel Edad: 6 años. Escolarizado en 1º del Ciclo en Primero de Primaria. Informe neurologico: com E.E.G. normales

Realizado a los 5 años Se puede mencionar los datos más significativos:

Periodo neonatal: Un parto muy difícil, y una gastroenteritis que lo debilita mucho entre los 6 y 18 meses.

En cuanto los datos del desarrollo, se destaca las primeras palabras con sentido referencial a los 12 meses, progresión posterior muy lenta, aparentemente buena comprensión del lenguaje adulto, empleo asiduo de lenguaje gestual.

Evidencia de retraso psicomotor empezó a andar a los 20 meses y de lenguaje, dijo sus primeras palabras al año. Todo normal en el informe neurológico.

En un juicio diagnóstico, existe un retraso del lenguaje, de etiología desconocida y poco valorable a esta edad.

Informe psicopedagógico: En la Escala de inteligencia de Wechsler para Infantil y Primaria, presenta normalidad en la capacidad intelectual, señala falta de atención, hiperactividad.

En la Escala de desarrollo del lenguaje REYNELL, se obtienen valores muy bajos en lenguaje expresivo. Marcado retraso del Lenguaje. La estructura, el vocabulario y el contenido están por debajo de la media, Obtiene mejores puntuaciones en lenguaje comprensivo, estando en su nivel de desarrollo

En el Test Illinois de Aptitude Psicolinguísticas, I.T.P.A. Corresponden al nivel general del desarrollo. No recibe ningún servicio fuera del Centro.

Del análisis de la información recogida, y datos de la evaluación inicial, se deduce que estamos ante un retraso moderado del lenguaje.

Los elementos diferenciales que se derivan de esta impresión son:

No existe causa médica, ni intelectual, ni otra deficiencia que justifique el retraso.

Comprende mejor que se expresa.

Agramatismo, omisión de nexos, conforme piensa ordena las frases y ambigüedad semántica,

Articulación de habla alterada, dificultades prácticas en el habla, alteraciones de la conducta social y reacciones emocionales.

Por toda la sintomatología del lenguaje oral nos confirma que existe una estructura particular del desarrollo del lenguaje, y que es característico de un T.E.L

4.2.-Necesidades educativas que presenta:

Necesidad de mejorar la atención del niño. Discriminación auditiva y percepción.

Necesidad de potenciar los aspectos comunicativos que favorezcan la interacción personal y el desarrollo del lenguaje.

Necesidad de integración-interacción en el grupo-aula con aprendizajes escolares que le permitan un acceso a la comunicación y expresión y aumentar la inteligibilidad del habla.

Necesidad de valorar la posibilidad de incorporar un sistema aumentativo de comunicación aunque tendría prioridad el lenguaje oral. Todo esto se consideraría en el caso de no producirse un aumento significativo en la capacidad de expresión y que además potenciase la adecuada evolución en el resto de las áreas.

Necesidad de continuar el desarrollo de los aspectos comprensivos, y especialmente los expresivos, que le permitan acceso a la comunicación y a los aprendizajes escolares.

Necesidad de un trabajo en conjunto, puesto que los factores psicológicos son importantes para que no llegue a crear un trauma en su evolución.

Necesidad de una reeducación fonológica.

Necesidad de favorecer el lenguaje espontáneo.

4.3.- Intervención:

Atención.

Permanecer sentado. Extinguir conductas negativas. Realizar conductas incompatibles. Moldear conductas nuevas. Mirar objetos. Sangría incorrecta.

Mirar a la logopeda.

Discriminación visual.

Cambiar los movimientos del cuerpo ante una persona. Seguir con los ojos un objeto que se mueve. Mirar a la persona que habla o atrae su atención. Tranquilizarse ante la presencia del adulto. Girar la cabeza siguiendo un objeto que se mueve. Girar la cabeza siguiendo un objeto que se mueve. Mantener la atención ("/" ") ante un estímulo visual. Ejecutar una orden simple, acompañada de gestos. Responder a gestos con gestos adecuados (dame/toma). Aparear objetos iguales Aparear objetos con una imagen de él. Aparear imagen y silueta de un objeto conocido. Aparear imágenes de un objeto visto en varias perspectivas. Discriminar formas dentro de un fondo

Discriminación auditiva

Variar los movimientos como reacción al sonido. Discriminar "ruido", "sonido", "silencio". Volver la cabeza y/o los ojos en dirección al sonido. Ir en dirección a un sonido. Responder a la voz del adulto mediante movimientos. Volver la cabeza siguiendo un sonido que se desplaza 180°. Discriminar y asociar sonidos producidos por:

- a) por el propio cuerpo: risa, llanto, bostezo, estornudo, ronquido, aplauso.
- b) Voces: de compañeros, de hombre/mujer, hablada/cantada, niño/niña, joven/viejo...

c) Instrumentos musicales: tambor, flauta...

d) Animales: perro, gato, pollo, gallo, pato, burro, caballo, oveja, pájaro, mono, rana...

e) Naturaleza y medio:

Naturaleza: viento, trueno, lluvia, olas, agua....

Medio: coches, aviones, trenes, barcos, motos, grúas, tractores....

Imitar sonidos de animales (onomatopeyas): Cuales: teléfono, campana...

Vocaliza respondiendo a vocalizaciones de los demás. Reconocer las cualidades del sonido:

-Intensidad (fuerte/flojo)

-Duración (largo/corto)

Respiración y sople:

Tomar aire por la nariz. Diferentes inspiraciones: lenta, rápida, continua, con pausas y en tiempos. Alternar la respiración tapando una narina alternativamente. Tomar aire por la nariz y retener (").Realizar la espiración nasal. Inspirar por la nariz y espirar por la boca. Inflar mejillas.

Soplar hacia arriba y abajo. Soplar, tirando de la mesa material ligero. Soplar a través de un conducto estrecho. Apagar, soplando una vela a 2 cm. (Se observara la cantidad de espacio que necesita).Apagar a través de un folio enrollado. Soplar, haciendo burbujas en el agua. Pompas de jabón. Ejercicios con pajillas soplando en un lugar específico y dirigiendo el sople. También aspirar líquido. Recortando un muñeco con soporte, hacerlo mover por medio del

soplo. Hacer oscilar una llama sin llegar a apagarla. Hacer sonar un silbato, flauta, armónica, trompeta... Soplar por un laberinto una pelota de ping-pong.

Soplar papelillos. Mover, soplando molinos. Hinchar globos, sujetándolo y sin sujetarlo. Dilatar las aletas de la nariz al inspirar. Emitir sonidos vocálicos al expulsar el aire. Emitir "UNO" al expulsar el aire. Emitir hasta "CINCO" al expulsar el aire. Emitir hasta "DIEZ" al expulsar el aire. Emitir los días de la semana al expulsar el aire. Praxias: movilidad órganos bucofonatorios: Sacar lengua rápidamente: Lengua plana, lengua estrecha y arqueada, doblar la lengua, sacándola hasta unir los bordes. Elevar la lengua pasivamente, previa presión en la punta de la barbilla. Retroceder la lengua pasivamente, presionando con espátula. Llevar la lengua a dcha./izda. presionando lateralmente. Sacar y meter la lengua, despacio y deprisa. Llevar, alternando, la punta de la lengua a las comisuras. Mover la lengua en sentido giratorio, lamerse los labios. Extender la lengua hacia la barbilla. Extender la lengua hacia la nariz. Tocar con la punta de la lengua la parte posterior de los dientes superiores. Relajar la lengua, mostrándola plana, con la boca abierta. Doblar la lengua hacia arriba y atrás, con ayuda de incisivos. Recorrer por dentro del paladar desde los dientes superiores hasta el paladar blando. Recorrer muelas con el ápice de la lengua. Elevar dorso de la lengua al paladar pero con la punta abajo. Sacar el mínimo de la lengua sin que asome. Morder la lengua sacándola. Chasquear la lengua. Pasarla como si fuera un caramelo. Golpear con la punta de la lengua los incisivos por delante y por detrás. Hacer vibrar la lengua colocada entre los labios. Rozar la lengua sobre protuberancia alveolar superior.

Succión:

Tragar saliva. Tragar sólidos: regaliz, piruletas. Tragar líquidos. Hacer gárgaras.

Tragar líquidos con pajita. Lenguaje Comprensivo:

Señalar objetos, palabras, frases simples. Realizar órdenes que incluyan dos o más consignas.

Lenguaje Expresivo:

Denominación de objeto e imágenes. Utilización de apoyos gestuales (asociar a los fonemas un gesto) que le ayude a evocar el fonema o sílaba. Usaremos siempre la pregunta clave ¿Qué es?, o ¿Quién es?.

Denominación de acciones usuales. Utilizar siempre imágenes que le ayuden a asociar la palabra correspondiente. En la medida que sea capaz de nombrarlas utilizar un símbolo o pictograma para reconocer y evocar las acciones.

Usaremos siempre la pregunta clave ¿Qué hace? Asociar siempre al sustantivo el artículo correspondiente.

Formación de primeras frases simples, con la estructura S+V y posteriormente S+V+C. Utilizar para la estructura de frase inducida el pictograma.

Poner una frase con dibujos. En esta frase inducida se usa además las preguntas claves, ¿Quién es? ¿Qué hace? ¿Qué come? ¿Qué cosa?

Cuando haya asimilado esta estructura, trabajar manteniendo la frase pero cambiando los sujetos, utilizando el vocabulario que tiene adquirido.

“La niña come patatas”. “La mamá come patatas”. O cambiando el complemento

“La niña come hamburguesa”. “El papá come hamburguesa”

Si consigue dominar este tipo de frase inducida, pasaremos a introducir la frase más espontánea, solo presentando la imagen y realizando las preguntas claves antes mencionadas. Suprimimos el apoyo del pictograma para cada una de las palabras, presentando tan solo una imagen global.

Se ofrecerá información y orientación a los padres y a la tutora sobre las adquisiciones, y sobre las actitudes que deben desarrollar con el respecto a la forma de hablarle.

Iniciación a la lectura. La iniciación a la lectura se deberá realizar a la vez que se trabajan los ejercicios de articulación por dos razones:

La lectura por su componente de descodificación visual, va a ser un apoyo eficaz al desarrollo del lenguaje expresivo.

La lectura es uno de los aprendizaje instrumentales básicos que hay que abordar en este ciclo, de Educación Primaria y por tanto debe ser objeto de apoyo logopédico.

Reconocimiento visual y auditivo de las vocales, a la vez que se realizan los ejercicios de fonación, discriminación auditiva y memoria auditiva y visual.

Reconocimiento de vocales y consonantes que se realizan los ejercicios de articulación y fonación.

Realizar todos los ejercicios señalados para el lenguaje expresivo con el apoyo de la vocal, grafema, sílaba o palabra escrita.

Utilización de un gesto para cada fonema, que serán los mismos que se utilicen en la reeducación del lenguaje oral.

En la evaluación continua o procesual. Que se llevara a cabo a lo largo de todo el proceso de reeducación y va a ser la que nos permita establecer modificaciones en vista de la evolución. Técnicas: Observación directa y hojas de registro.

5.-Conclusiones

En este artículo hemos desarrollado el denominado trastorno específico del lenguaje o TEL, El TEL es un campo de plena actualidad en el ámbito logopédico internacional, en el que se realizan numerosísimas publicaciones, y que recibe una gran aten-

ción en conferencias, seminarios y simposios. Sin embargo, es muy importante que entiendas que también es un campo polémico, existiendo posturas contradictorias respecto sobre el propio concepto de TEL, cómo identificarlo, qué tipos de TEL pueden existir, en qué momento es posible detectarlo, cómo tratarlo.

6-Bibliografía.

Gràcia, M. (2003). *Comunicación y lenguaje en primeras edades. Intervención con familias*. Lleida: Milenio.

Hernández, J. M^a. (1995) *Propuesta curricular en el área del lenguaje*. Madrid: Cepe.

Jódar, M., Barroso, J., Brun, C., Dodradomesa, M., García, A., Martín, P., Nieto, A. (2007) *Trastornos del lenguaje y la memoria*. Barcelona: Ediciones. Uoc.

Juárez, A., Monfort, M. (1989). *Estimulación del lenguaje oral*. Madrid: Entha.

Mendoza, E. (2014). *Trastorno específico del lenguaje (TEL)*. Madrid: Pirámide.

Mendoza, E. (2012) La investigación actual en el Trastorno Específico del Lenguaje. *Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología*. Volume 32, Issue, 2. 75-86

Muñoz, J., Carballo, G. (2005). Alteraciones lingüísticas en el trastorno específico del lenguaje. *Revista de neurología*, vol,1. 57-63.

Monfort, M., Juárez, A. (2004). *Niños con trastornos pragmáticos del lenguaje y de la comunicación n: descripción e intervención*. Madrid: Entha.

Pávez, M., Coloma, C. J., Maggiololandaeta, M. (2008). *El Desarrollo Narrativo en Niños. Una Propuesta Práctica para la Evaluación y la Intervención en Niños con Trastorno de Lenguaje*. Barcelona. Ars Médica.

Puyuelo, M.; Rondal, J.A.; Wiig, E.H. (2000). *Evaluación del lenguaje*. Barcelona: Masson.

Quilis, A. Y Hernández, C. (1990) *Lingüística española aplicada a la terapia del lenguaje*. Madrid: Gredos.