

Grado en Logopedia
Trabajo Fin de Grado
Curso 2018-2019



TRASTORNOS DEL LENGUAJE. REVISIÓN DE LA EFICACIA DE LOS TRATAMIENTOS CON IMPLICACIÓN DE LA FAMILIA.

Susana Fernández Liarte

Agradecimientos

A mis tutoras la Dra. Visitación Fernández Fernández y Dra. Maravillas Castro Sáez, por la confianza que han depositado en mí. Por su ayuda incondicional y su atención, que me motivan a seguir aprendiendo. Sus enseñanzas han hecho posible este trabajo.

A mis padres por su apoyo durante estos diez años en la Universidad, a nuestras espaldas casi 3 titulaciones ya. Sois un ejemplo del sacrificio que las familias sin recursos han hecho durante estos años para darles a sus hijos la mejor educación posible. Sin vosotros, no habría cumplido mis sueños, sin vosotros no sería quien soy.

Al Señor A. Liarte y la Señora M. López, a mis tíos, a R. Piñero, D. Escudero y M. Soto, por su cariño, ayuda y apoyo a nivel personal y académico.

A mis amigas/os por los buenos y malos momentos a vuestro lado durante estos años. A mis compañeras/os de RGLMC, que siempre me han apoyado, guiado y ayudado cuando lo he necesitado. Gracias por hacerme reír siempre.

A Darío, maestro y amigo, gracias; sus preguntas, respuestas y consejos han guiado a mi curiosidad y a mi conocimiento desde hace más de dieciséis años. Estés donde estés, ojalá pudiera contarte que finalmente conseguiste inculcarme el interés por entender los procesos relacionados con el lenguaje.

A mi marido, por ser un ejemplo imparable para mí, eres mi motivación, sin ti nada habría sido posible. Gracias por entender que los estudios han sido muy importantes para mí, por sacrificar tantas cosas por ellos y por estar siempre a mi lado.

A ti hijo mío, me enseñaste que la vida es hermosa y que existe el amor incondicional. A ti va dedicado este trabajo y mi esfuerzo. Gracias por regalarme tu sonrisa. Te quiero David.

DECLARACIÓN DE ORIGINALIDAD

El abajo firmante **DECLARA** ser el autor del Trabajo de Fin de Grado que presenta como culminación de sus estudios de Graduado en la Facultad de Psicología de la Universidad de Murcia, para ser evaluado por la Comisión Evaluadora correspondiente y **desea hacer constancia de lo siguiente:**

1. **El trabajo es original e inédito** y es producto de su contribución intelectual, bajo la tutela de uno o varios profesores de esta Facultad.
2. **Las figuras, tablas e ilustraciones** que lo acompañan al trabajo representan fielmente los hechos informados y **no han sido alteradas digitalmente.**
3. **Todos los datos y las referencias** a textos y materiales ya publicados están **debidamente identificados y referenciados en el texto y en las notas bibliográficas.**

Para dejar constancia de lo anteriormente expuesto, se firma esta declaración en Murcia, a 24 de mayo de 2019.

Fdo.: Fernández Liarte, Susana

Resumen	2
Abstract	2
1.Introducción.....	3
1.1.Contextualización.....	3
1.1.1.Trastornos del lenguaje.....	5
1.1.2.Programas de intervención en los trastornos del lenguaje.....	11
2.Método.....	13
1.2.Búsqueda bibliográfica.....	13
1.3.Selección de artículos.....	15
1.4.Codificación de los artículos.....	19
1.5.Resultados.....	22
3.Discusión.....	24
4.Conclusión.....	28
5.Referencias.....	30

Trabajo Fin de Grado
Facultad de Psicología
Grado en Logopedia
Universidad de Murcia

TÍTULO DEL TFG: Trastornos del lenguaje. Revisión de la eficacia de los tratamientos con implicación de la familia.

Susana Fernández Liarte

Visitación Fernández Fernández y Maravillas Castro Sáez.

Revisión Sistemática.

Curso 2018-2019

Resumen

La literatura científica actual avala la figura del Logopeda en el tratamiento de los trastornos de la comunicación, lenguaje y habla. Durante los primeros años de vida, se produce la adquisición de una serie de hitos, entre los que destaca el lenguaje, característica distintiva de la especie humana. Los trastornos del lenguaje ocasionan en el niño una serie de dificultades a nivel emocional, social, familiar y escolar, que repercuten de forma negativa en su desarrollo. El objetivo del presente trabajo es llevar a cabo una revisión sobre la eficacia de los tratamientos logopédica para el trastorno del lenguaje con implicación de la familia. Se han seleccionado un total de dos artículos mediante unos criterios de inclusión basados en las propiedades metodológicas de los mismos y en las de la población afectada. El análisis sistemático de estos estudios parece indicar que la implicación de la familia es fundamental para la remisión de la sintomatología asociada al trastorno y la generalización de los aprendizajes. Se destaca la necesidad de más investigación en esta área de trabajo. Además, se constata la existencia de una ambigüedad a nivel terminológico entre habla y lenguaje, posiblemente asociada a la traducción directa del inglés de los términos, que dificulta el entendimiento entre los diferentes profesionales de las Ciencias de la Salud.

Palabras clave: Lenguaje; habla; comunicación; familia; padres; trastorno; dificultad; intervención; tratamiento; terapia.

Abstract

The current scientific research supports the Speech Therapist involvement in the treatment of communication, language and speech disorders. During early childhood, the acquisition of several landmark takes place. Language, the distinctive characteristic of Human, stands out. Children, who have been diagnose with a language disorder, have emotional, social, family and school difficulties. The consequence is a negative impact on their development. The purpose of this systematic review is to answer the question: speech therapy for language disorders with family involvement is effective? Two studies that met our selection criteria were included. The results support the effectiveness of this kind of therapy, but in addition, we have found terminological ambiguity beetween speech and language words, when they are traslated from English to Spanish. Due to this problem, the understanding between the different professionals of the health sciences (doctors, psychologist, speech therapist, physiotherapist, etc.) is complicated. Further research is needed in this area.

Keywords: Language; speech; communication; family; parents; disorder; difficulties; intervention; treatment; therapy.

1. Introducción.

En el presente trabajo se pretende llevar a cabo una revisión sistemática de los modelos de intervención con familias en el trastorno del lenguaje. Se realiza en primer lugar una contextualización; una aproximación teórica general a qué son los trastornos del lenguaje, los tipos, sus causas, tratamientos y la implicación de la familia en los mismos. En segundo lugar, se hace una descripción del método realizado: selección de artículos y codificación de datos (Manual de Codificación, criterios de inclusión/exclusión, etc.). En la última parte del trabajo se recoge el análisis de los artículos seleccionados y sus principales conclusiones.

1.1. Contextualización.

Desde el momento del nacimiento, el bebé está expuesto a todo tipo de estímulos visuales, perceptivos, auditivos, etc. Durante los primeros años de vida se produce la adquisición de una serie de hitos evolutivos que posibilitarán el desarrollo íntegro de la persona, a nivel interpersonal e intrapersonal.

Dentro de estos hitos se encuentra el lenguaje. Característica distintiva de la especie humana (entidad única separada de otros procesos comunicativos orales o gestuales), que requiere un complejo sistema de interacciones (cognitivas, perceptivas, emocionales, etc.) que posibilitan la obtención de un producto final que tiene como objetivo la comunicación entre personas. El lenguaje, ya sea escrito o hablado, no sólo va a dar lugar a la simple transmisión de información, sino también a procesos de socialización (interacción con el grupo de iguales, familia, compañeros de trabajo, etc.). Esta comunicación va a permitir el desarrollo social, cultural, laboral, emocional y familiar de la persona, y ahí es donde radica su importancia (Berger, 2007; Carranza, 2010; Pérez-Pérez, 2013).

El desarrollo del lenguaje y la escritura requieren la maduración de estructuras superiores, que se produce durante los primeros años de vida. La correcta adquisición de ambas destrezas sólo será posible si otras habilidades menores se desarrollan. Entre éstas se encuentran: la motricidad fina (por ejemplo, fundamental para coger un lápiz), la articulación de fonemas, separación sílabas, conocimientos

de vocabulario y de los sonidos (Berger, 2007). Sin embargo, también van a requerir el desarrollo de otros procesos superiores como la memoria y la atención.

Ya desde las primeras semanas de vida, los bebés muestran una manifiesta predilección por atender al habla humana, frente a otro tipo de estímulos acústicos (Riviére, 2012; Berger, 2007; Pérez, 2008). Los sonidos guturales, los balbuceos, los gritos y el llanto, preparan al sistema bucofonador para la producción de fonemas, palabras y oraciones. Los sonidos del medio, la comunicación entre adultos, la música, etc. hacen lo propio con el sistema auditivo, responsable de la percepción del habla.

A los 8 meses, aparecen en el bebé lo que se denominan “protopalabras”, formas con cierta estabilidad fonética que son usadas en contextos específicos (y son propias de cada niño). Entre el primer y segundo año de vida comienza un período en el que el lenguaje se caracteriza por el uso de estructuras gramaticales sencillas, oraciones cortas y vocabulario restringido. Se emplean estrategias fonológicas, como simplificación de las palabras adultas, evitación, etc. A partir de los 2 años, se produce la denominada “explosión de vocabulario”. Hasta los 4 años, el desarrollo a este nivel será exponencial. Pudiendo emitir oraciones de hasta 20 palabras (vocabulario formado por hasta 10.000 palabras), usar preposiciones, conjunciones, verbos (conjugados de forma correcta) y particular interrogativas. Hacia los 5-6 años comienza el desarrollo de los procesos metafonológicos y metalingüísticos, es decir, el conocimiento consciente del uso de la fonología y el lenguaje (la persona es capaz de reconocer errores en el uso de estructuras gramaticales, vocabulario o fonemas). Y son precisamente estas habilidades las que sentarán las bases de las destrezas de escritura y lectura. Esquematizando el proceso a modo de ejemplo, se podría decir que sin balbuceos no hay protopalabras, sin éstas no hay uso voluntario con intención comunicativa del lenguaje, sin la interacción no se expande el vocabulario y la gramática, y sin éstos no hay conocimientos sobre la estructura propia de la lengua y su sistema de sonidos, impidiendo el desarrollo de la lectura y escritura. Cuando uno de los componentes del proceso sufre una alteración, se produce un retraso o trastorno del lenguaje, que ocasiona dificultades en el desarrollo global de la persona y en sus actividades de la vida diaria (Palacios, Marchesi, y Coll, 2008; Pérez, 2009).

1.1.1. *Trastornos del lenguaje.*

La interacción entre las características cognitivas determinadas genéticamente y el ambiente en el que se desarrolla una persona, posibilitan la adquisición de todas las funciones superiores, entre ellas el lenguaje. La diversidad de esta interacción, da lugar a diferentes patrones evolutivos. Cada niño, con sus particularidades y características distintivas seguirá su propio ritmo de desarrollo (Billard, 2014), que deberá ajustarse a unos patrones normativos.

Cualquier alteración en ese proceso dará lugar a un retraso en la adquisición del lenguaje cuando la desviación de la norma no sea persistente en el tiempo y remita con relativa rapidez al establecerse un tratamiento. Si la desviación es persistente en el tiempo y afecta de forma significativa al desarrollo social, laboral o escolar de la persona, se habla de trastorno del lenguaje (Fresneda y Mendoza, 2005). Dichos trastornos pueden ocasionar alteraciones en cualquier de los componentes del lenguaje: a) forma (fonología, morfología y sintaxis), b) contenido (semántica) o c) función (pragmática).

Las estimaciones de prevalencia varían en función de la edad y sexo. En menores de 3 años, los retrasos en el lenguaje afectan a un 10-15% de la población, siendo más frecuentes en niños que en niñas. Durante la etapa escolar, el porcentaje se estima alrededor del 3-7% (Carranza, 2010). Las investigaciones establecen que el 60% de los casos remiten de forma espontánea antes de los tres años (Caballero y Mojaró, 2000). Según criterios recientes, la incidencia del trastorno específico del lenguaje y la dislexia es de alrededor del 5-10% (Carrillo, Alegría, Miranda y Pérez, 2011).

Los trastornos del lenguaje también pueden aparecer asociados a otros como: discapacidad intelectual, déficit auditivo, trastorno del espectro autista, parálisis cerebral, alteraciones del sistema nervioso central, alteraciones craneofaciales (como la fisura palatina), trastornos de tipo genético (Síndrome de Down, Síndrome de X-frágil), privación psicosocial, etc.

Existen una serie de factores de riesgo relacionados con la aparición o desarrollo de un retraso o trastorno del lenguaje (véase Tabla 1).

Tabla 1

Factores de riesgo asociados a la aparición de trastornos del lenguaje (García y González, 2018)

Factores genéticos y/o antecedentes familiares.

Otitis recurrentes y/o infecciones respiratorias frecuentes, principalmente en los dos primeros años de vida (etapa de máxima explosión de vocabulario).

Hipotonía de los órganos fonoarticulatorios.

Problemas de alimentación, ya sea de succión en los primeros meses, con el paso de líquido a papilla en torno al sexto mes (atragantamiento) o a la masticación, a partir de los 18 meses.

Niños “excesivamente tranquilos” o dificultades en la relación con el grupo de iguales.

Niños con dificultades en la fluidez de su habla más allá de los cinco años.

Entorno bilingüe.

Los trastornos de la comunicación se definen como una dificultad para recibir, enviar, procesar y comprender los conceptos o sistemas simbólicos verbal, no verbal y gráfico (ASHA, 1993). A nivel conceptual, los trastornos del lenguaje se han englobado dentro de las clasificaciones como parte de los trastornos de la comunicación, representadas de forma oficial actualmente por el DSM-V (APA, 2014) y la CIE-10 (OMS, 1992).

Entre los trastornos de la comunicación propuestos por el DSM-V se encuentran: a) el trastorno del lenguaje (véase Tabla 2), b) el trastorno fonológico, c) el trastorno de la fluidez con inicio en la infancia (tartamudez), d) el trastorno de la comunicación social (pragmática) y e) trastorno de la comunicación no especificado (APA, 2014).

En la clasificación de la CIE-10 (OMS, 1992), se encuentran los trastornos específicos del lenguaje y del habla (incluidos dentro de los trastornos del desarrollo en el Eje II) que engloban a: a) el trastorno específico de la pronunciación, b) trastornos de la expresión del lenguaje (véase Tabla 2), c) trastorno de la comprensión del lenguaje (véase Tabla 2), d) afasia adquirida con epilepsia, e) otros trastornos del desarrollo del habla y el lenguaje (ceceo, balbuceo) y f) trastorno del desarrollo del habla y del lenguaje sin especificar. Además, dentro de los trastornos emocionales y del comportamiento aparece descrito el tartamudeo (espasmofonía).

Tabla 2

Comparativa entre los criterios de clasificación del DSM-V y la CIE-10 (OMS, 1992: APA, 2014)

DSM – V	CIE – 10	
<p>A. Dificultades persistentes en la adquisición y uso del lenguaje en todas sus modalidades (es decir, hablado, escrito, lenguaje de signos u otro) debido a deficiencias de la comprensión o la producción que incluye lo siguiente:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Vocabulario reducido (conocimiento y uso de palabras). 2. Estructura gramatical limitada (capacidad para situar las palabras y las terminaciones de palabras juntas para formar frases basándose en reglas gramaticales y morfológicas). 3. Deterioro del discurso (capacidad para usar vocabulario y conectar frases para explicar o describir un tema o una serie de sucesos o tener una conversación). <p>B. Las capacidades de lenguaje están notablemente y desde un punto de vista cuantificable por debajo de lo esperado para la edad, lo que produce limitaciones funcionales en la comunicación eficaz, la participación social, los logros académicos o el desempeño laboral, de forma individual o en cualquier combinación.</p> <p>C. El inicio de los síntomas se produce en las primeras fases del período de desarrollo.</p> <p>D. Las dificultades no se pueden atribuir a un deterioro auditivo o sensorial de otro tipo, a una disfunción motora o a otra afección médica o neurológica y no se explica mejor por discapacidad intelectual (trastorno</p>	<p>Trastorno de la expresión del lenguaje</p> <hr/> <p>Trastorno específico del desarrollo en el que la capacidad del niño para la expresión del lenguaje oral es marcadamente inferior al nivel adecuado a su edad mental, pero en el que la comprensión del lenguaje está dentro de los límites normales. Puede haber o no alteraciones de la pronunciación.</p> <p>Ausencia de la expresión de palabras simples (o aproximaciones de palabras) alrededor de los dos años.</p> <p>Fracaso en la elaboración de frases sencillas de dos palabras hacia los tres años.</p> <p>Más tarde se presenta una limitación del desarrollo del vocabulario, un recurso al uso excesivo de un escaso número de palabras generales, dificultades en la elección de las palabras adecuadas, la sustitución de unas palabras por otras, la utilización de frases cortas, la estructuración inmadura de las frases, errores sintácticos, en especial omisiones de sufijos o prefijos y errores u omisiones de elementos gramaticales con-</p>	<p>Trastorno de la comprensión del lenguaje</p> <hr/> <p>Trastorno específico del desarrollo en el que la comprensión del lenguaje por parte del niño es inferior al nivel adecuado a su edad mental. Prácticamente en todos los casos existe además un deterioro notable de la expresión del lenguaje y son frecuentes las alteraciones en la pronunciación de los fonemas.</p> <p>Fracaso para responder a nombres familiares (en ausencia de claves no verbales) hacia el duodécimo mes de la vida y la incapacidad para reconocer los nombres de al menos algunos objetos corrientes a los 18 meses y para llevar a cabo instrucciones simples y rutinarias a la edad de dos años.</p> <p>Más tarde se presentan otras dificultades, tales como incapacidad de comprensión de ciertas formas gramaticales (negativas, interrogativas, comparativas, etc.) y falta de comprensión de los aspectos más sutiles del lenguaje (tono de voz, gestos, etc.).</p>

del desarrollo intelectual) o retraso global del desarrollo.

cretos, tales como preposiciones, pronombres, artículos, formas verbales y derivados de sustantivos. Pueden presentarse también generalizaciones incorrectas de reglas gramaticales y también una falta de fluidez de las frases o de la capacidad de ordenar adecuadamente en el tiempo acontecimientos pasados. Es frecuente que los déficits del lenguaje hablado se acompañen de retrasos o anomalías en la pronunciación de los fonemas que forman las palabras.

Existe una equivalencia diagnóstica entre ambas clasificaciones (véase Tabla 3). Cabe destacar el papel que el DSM-V otorga a los trastornos relacionados con los aspectos pragmáticos del lenguaje. Categoría diagnóstica que aparece por primera vez y que sí era recogida por la CIE-10 en el Eje V (situaciones psicosociales).

Tabla 3

Comparación y equivalencia entre las clasificaciones diagnósticas (CIE-10, 1992: APA, 2014)

DSM – V	CIE -10
Trastorno del lenguaje	Trastorno de la expresión del lenguaje Trastorno de la comprensión del lenguaje
Trastorno fonológico	Trastorno específico de la pronunciación
Trastorno de la fluidez con inicio en la infancia (tartamudez)	Tartamudez o espasmofonía
Trastorno de la comunicación no especificado	Trastorno del desarrollo del habla y del lenguaje sin especificar

En la literatura científica, también existen otro tipo de clasificaciones basadas en la distinción entre los conceptos de lenguaje, habla y voz (véase Tabla 4), como por ejemplo la propuesta por Gallego y Rodríguez (2009), que presenta un enfoque menos clínico (Fiuza y Fernández, 2014).

Tabla 4

Clasificación de los trastornos de la comunicación (Gallego y Rodríguez, 2009)

Niveles	Trastornos
Lenguaje	Retraso simple del lenguaje Retraso moderado del lenguaje Retraso grave del lenguaje
Habla	Dislalias Disglosias Disartrias Disfemias
Voz	Disfonías/afonías

Gallego (2005), en su revisión de la tipología de los trastornos de la comunicación también aborda la problemática establecida en torno a un determinado tipo de trastorno del lenguaje conocido por las siglas TEL (trastorno específico del lenguaje).

EL TEL ha sido definido como conjunto de dificultades, en la adquisición y desarrollo del lenguaje, que están presentes en un grupo de niños que no evidencian problemas neurológicos, cognitivos, sensoriales, motores ni sociofamiliares (Idiábal-Aletxa y Saperas-Rodríguez, 2008). Para el diagnóstico del TEL es necesario que el niño no presente ninguna patología o deficiencia asociada, algún otro tipo de problema o trastorno del lenguaje, debe presentar una discrepancia respecto a los niveles normativos de desarrollo y que el problema sea duradero y resistente al tratamiento (Hincapié-Henao, Lopera y Pinerda, 2004). Aguado (2004), considera el TEL como un trastorno del lenguaje con límites imprecisos, en cuya valoración deben explorarse todos los componentes del lenguaje a nivel comprensivo y expresivo. El panorama actual sobre lo que ha de entenderse por TEL sigue siendo confuso, y

esta confusión abarca no sólo su denominación sino también su sintomatología, dada la variedad de rasgos «específicos» que engloba (Fiuza y Fernández, 2014).

El diagnóstico de los trastornos de la comunicación, y entre ellos de los trastornos del lenguaje, sigue generalmente dos vertientes: a) una formal, basada en los resultados de pruebas estandarizadas (véase Tabla 5) y b) una no formal, basada en técnicas de observación directa, entrevista, etc.

Tabla 5

Pruebas diagnósticas para los trastornos del lenguaje (Fernández-Fernández, 2010)

Pruebas estandarizadas	Componentes que evalúan
BLOC (Puyuel, Wiig, Renom y Solanas, 1997)	Morfología, sintaxis, semántica y pragmática.
IPTA (Kirk, Kirk y MacCarthy, 1989)	Comprensión auditiva, comprensión visual, asociación auditiva, asociación visual, expresión verbal, expresión motora, integración gramatical, integración visual, integración auditiva, reunión de sonidos, memoria secuencial auditiva y memoria secuencial visual.
PLON-R (Aguinaga, Armentia, Fraile, Olangua y Uriz, 2004)	Test de screening del desarrollo del lenguaje oral
PEABODY (Dunn y Pereda Marín, 1985)	Vocabulario receptivo. Screening aptitud verbal
EDAF (Branca, Alcantud, Ferrer, y Quiroga, 2005)	Discriminación auditiva y fonológica
ELA-R (García-Pérez, 1999).	Articulación
REGISTRO FONOLÓGICO INDUCIDO (Monfort y Juárez, 1990)	Fonología

La correcta evaluación de los componentes del lenguaje, garantizará el diagnóstico preciso del trastorno correspondiente. La importancia de este proceso radica en el establecimiento de un tratamiento o intervención, que permita una recuperación o remisión de la sintomatología asociada al trastorno, disminuyendo las alteraciones en la vida diaria que el mismo haya podido ocasionar al paciente. Los trastornos del lenguaje llevan consigo una problemática a nivel social. Cuando la persona es incapaz de comunicarse de forma eficaz, sus relaciones con el grupo de iguales y con el resto de personas del entorno se ve afectada (Pérez-Pérez, 2013). Cuando el tras-

torno se presenta a edades tempranas, el logopeda, en su proceso de intervención debe tener en cuenta a la familia y al entorno escolar.

La familia tiene un papel fundamental en el desarrollo de los procesos comunicativos, entre ellos el lenguaje. Este motivo es el que impulsa a los profesionales de la salud y educación a recomendar a padres y tutores actividades de estimulación del lenguaje, como podrían ser: la lectura de cuentos en voz alta por parte del adulto en los que el niño puede interactuar o hacer preguntas, escuchar música, etc. (Ato, Galián, y Cabello, 2009).

1.1.2. Programas de intervención en los trastornos del lenguaje.

La intervención en los trastornos del lenguaje ha sido abordada desde diferentes disciplinas como la logopedia y la psicología, y desde distintas perspectivas. Acosta (2012) establece cuatro modelos principales de intervención logopédica en trastornos específicos del lenguaje: a) el formal, b) el funcional o naturalista, c) el híbrido y d) el sociocognitivo.

Tradicionalmente, la intervención era llevada a cabo con el niño, de forma aislada y sin implicación de la familia. Este modelo, conocido como modelo ambulatorio o formal, aún vigente en algunos sectores en la actualidad, ha sido el predominante en el abordaje clínico de los trastornos del lenguaje (García-Sánchez, 2019). Para este modelo el terapeuta es el máximo responsable de la implementación del plan de intervención y el que directamente actúa con el niño (Ato, Galián, y Cabello, 2009). Centra la intervención en el nivel del lenguaje afectado, enfatizando el aprendizaje de los aspectos formales frente al uso. Por esto motivo, la principal crítica al modelo es la dificultad de generalización de los aprendizajes a los diferentes contextos naturales.

El modelo funcional o naturalista propone un tratamiento directo (actuación del logopeda con el niño), pero también indirecto, mediante el asesoramiento a las personas que rodean al niño. Enfatiza el rol de la familia en la intervención, la cual sigue centrada en el niño. En el modelo híbrido o mixto se trabaja con actividades, las cuáles son programadas por el logopeda, pero escogidas por el niño (enfoque centrado en el niño). El modelo sociocognitivo es el que otorga un papel predominante a los aspectos sociales y cognitivos del lenguaje (Pérez-Pérez, 2013).

Vigotsky (1986), concedió un papel relevante al adulto en el proceso de construcción del conocimiento del niño. El desarrollo de la teoría ecológica de Bronfenbrenner (1979) y los avances en la investigación en el campo de la atención temprana (Dunst, 2000), propició la aparición de un nuevo modelo de intervención centrado en la familia. Este modelo, otorga al entorno un papel fundamental en la instauración, mantenimiento y remisión de los trastornos del lenguaje. La intervención requiere de un equipo interdisciplinar, en el que se coordinen las labores de diferentes profesionales de las ciencias de la salud (médicos, enfermeros, fisioterapeutas, psicólogos, logopedas, terapeutas ocupacionales). Por tanto, la reestructuración del entorno familiar, se considera como el eje central de la intervención.

Analizando las diferentes metodologías de intervención, se puede considerar que la actuación del logopeda con la familia puede ser: a) directa, b) indirecta o c) de asesoramiento. En la intervención directa, cuya eficacia ha sido probada por diversos estudios (Romski et al., 2010), la familia está implicada en el tratamiento. Los padres son entrenados para mejorar las habilidades comunicativas de los niños. En la intervención indirecta, el logopeda es el encargado de evaluar el modelo de comunicación de la familia con el niño, y de proponer diferentes aspectos para modificarlo y mejorarlo, de tal forma que se consigan desarrollar las habilidades lingüísticas del niño. Mediante el asesoramiento, el logopeda da a la familia pautas para que trabajen en casa aspectos que complementen el trabajo en la consulta (Pérez-Pérez, 2013).

Dada la importancia del papel de la familia en el desarrollo del niño, se considera necesario que el logopeda conozca los principales modelos de intervención que otorgan a la misma un papel activo en el tratamiento del trastorno del lenguaje.

Es por ello, que el objetivo de esta revisión sistemática es la búsqueda de trabajos empíricos que evalúen la eficacia del papel de la familia en la intervención del trastorno del lenguaje.

La revisión intentará responder a la pregunta: ¿cuál de los tratamientos enfocados a reducir o eliminar la sintomatología propia del Trastorno del Lenguaje, en los que la familia tiene un papel relevante, es el más eficaz?

2. Método.

En este apartado se describirá la metodología de investigación llevada a cabo, siguiendo el esquema general empleado para la realización de una revisión sistemática. Una vez establecido el objetivo del trabajo, la primera fase es la documentación o búsqueda bibliográfica. Posteriormente, se procederá a crear un Manual de Codificación, donde aparecerán las características distintivas de los artículos. Finalmente, se hará una enumeración de los resultados.

1.2. Búsqueda bibliográfica.

Las revisiones sistemáticas se inician con una fase de documentación, en la cual se hace una búsqueda exhaustiva y metodológica. Esta, está basada en una serie de criterios de inclusión y exclusión, que actúan de filtro y que posibilitan centrar el proceso y poder seleccionar sólo aquellos estudios en concordancia con el objetivo del trabajo.

Las bases de datos que se utilizaron en la búsqueda fueron: PsycInfo, PsycArticle, MEDLINE, Psychology and Behavioral Sciences Collection y Psicodoc.

Se emplearon un total de diez términos o palabras clave, es castellano e inglés, para delimitar la búsqueda: “language”, “speech”, “communication”, “family”, “parents”, “disorder”, “difficulties”, “intervention”, “treatment” y “therapy”.

Para la inclusión de los artículos en la revisión, estos debían aportar información sobre: implicación de la familia en el tratamiento del trastorno del lenguaje. Debían aportar información sobre: a) las características demográficas de los sujetos (edad, sexo, lugar de residencia, etc.) y b) las características metodológicas del estudio (forma de selección de la muestra, forma de asignación al tratamiento, tipo de grupo control, mortalidad experimental, resultados del posttest y seguimiento, índice del tamaño del efecto, etc.) Además, debía ser estudios empíricos y estar escritos en inglés o castellano. Se contempla la posibilidad de incluir estudios descriptivos de caso único, cuando por las características de la población diana así lo requieran. El intervalo temporal de publicación de los artículos de la búsqueda fue entre 2009 y 2019 (véase Tabla 6).

Tabla 6

Criterios de inclusión (Sánchez-Meca, 2012). Los trabajos seleccionados deberán de ajustarse a las directrices establecidas por los criterios fijados

Año de publicación	Intervalo 2009-2019.
Origen	Europa, Asia y América.
Idiomas	Castellano e inglés.
Rango de edad	0-18 años.
Causa	Trastorno del lenguaje, retraso en el desarrollo del lenguaje.
VARIABLES	Tratamiento del trastorno del lenguaje con implicación de la familia.
Estudios	Empíricos. Preferentemente que aporten datos del tamaño del efecto. Descriptivos sólo cuando se trate de un diseño de caso único.
Publicación	Procedentes de instituciones avaladas.
Tipo de texto	Texto completo
Selección de la muestra	Mediante procedimientos aleatorios.
Grupo Control	Control por lista de espera, comparación de tratamientos, etc.
Enmascaramiento	El sujeto desconoce el grupo de tratamiento al que pertenece. El investigador desconoce a qué grupos se asigna a los pacientes.
Asignación de la muestra al tratamiento.	Aleatoria en aquellos casos en los que se aplique más de un tipo de tratamiento.

Normalización de los instrumentos de evaluación.	Fiabilidad y validez de las escalas.
Escala Meryland	Artículos de nivel 5.
Mortalidad experimental	Porcentajes reducidos de mortalidad experimental.
Calidad del diseño	Medición mediante Escala de Meryland
Post- test	Análisis de la frecuencia, duración e intensidad de los síntomas tras el tratamiento.
Seguimiento	Durante al menos 6 meses.
Diseños	De tipo empírico.
Terminología	Se admite la denominación indistinta de lenguaje, habla, lengua y comunicación.
Tipo de estudio	Longitudinal o transversal
Lugar de intervención	Consulta u hogar familiar.
Modalidad de tratamiento	Individual o grupal, o mixto.
Género	Incluye a hombres y mujeres.

1.3. Selección de artículos.

Se seleccionaron inicialmente un total de 102 artículos. Tras una revisión más detallada (incluyendo datos del título y del resumen inicial), se escogieron 25 artículos, los cuales tras una lectura del texto completo se redujeron a 3 (véase Figura 1).

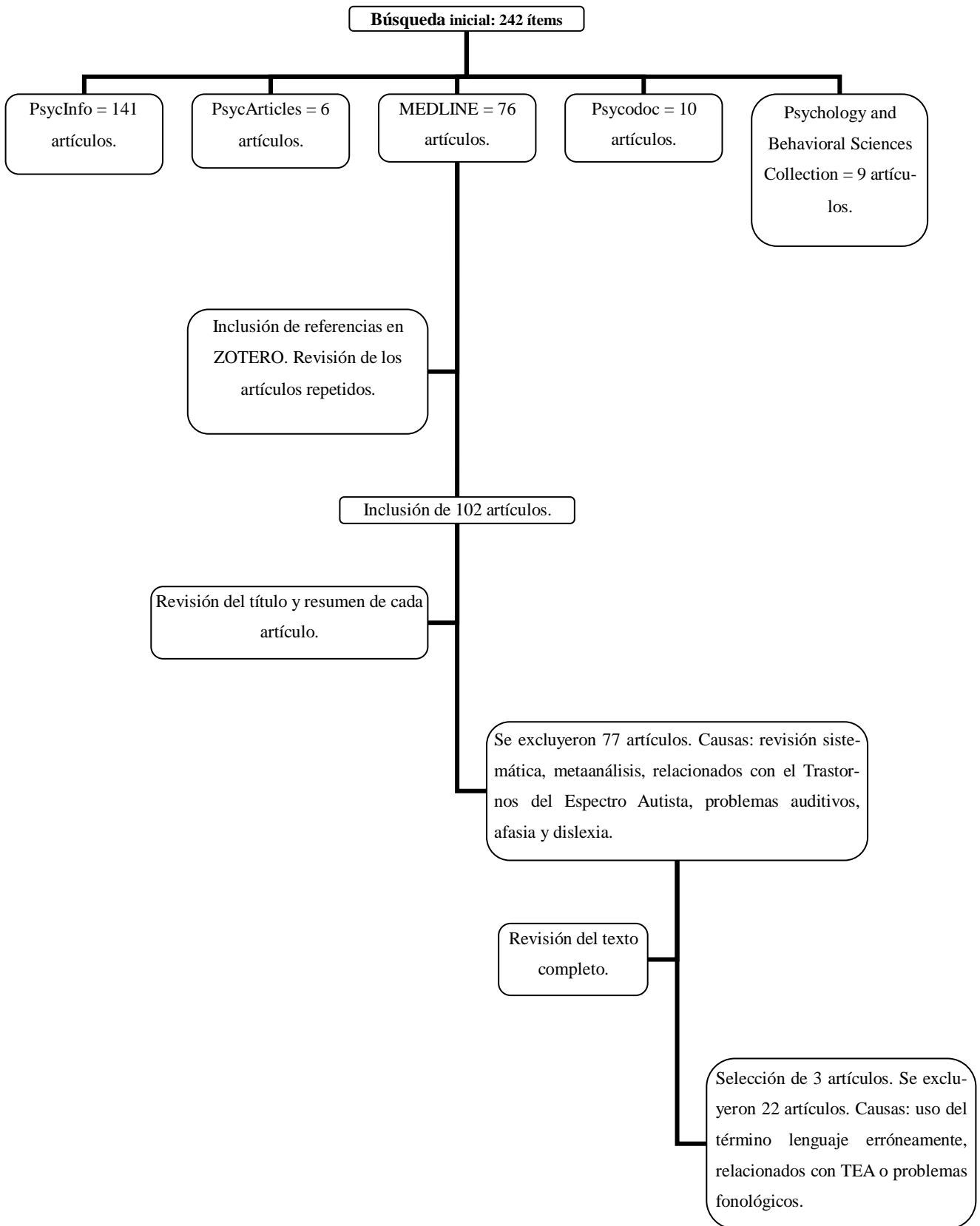


Figura 1. Diagrama de flujo. Primer proceso de selección de artículos.

La revisión del texto completo de los 25 artículos seleccionados tras la exclusión de los no relacionados con la intervención familiar en trastornos del lenguaje, permitió detectar un problema general relacionado con la delimitación a nivel conceptual de los términos lenguaje y habla. Se encontraron varios artículos en los que ambos conceptos se usaban indistintamente.

Con el objetivo de asegurar que, debido a esta problemática, ningún artículo válido para la investigación hubiera sido descartado por error, se procedió a realizar un segundo cribado de los 102 artículos iniciales (véase Figura 2).

En la primera selección de dicho cribado se tuvo en cuenta que los artículos fueran a texto completo, para además de revisar su título y resumen, poderlo hacer también de forma específica con partes del método y conclusiones. Como consecuencia de esta diferencia con respecto al primer cribado (en el que la exclusión de artículos que no se pudieran encontrar a texto completo se realizó en la segunda fase de la selección de los mismos), se seleccionaron un total de 19 artículos (frente a los 25 del primer cribado), de los cuales cuatro resultaron válidos para la inclusión en la presente revisión. Dichos artículos corresponden a los tres seleccionados en el primer cribado y uno al segundo cribado.

La aplicación de los criterios de la Escala de Maryland (Sherman et al., 1998) redujo a dos los artículos válidos para la inclusión en la presente revisión sistemática. Para poder controlar posibles amenazas contra la validez interna, se decidió excluir todos aquellos artículos cuya valoración fuera inferior al nivel 5 o superior.

Los artículos calificados en este nivel en la Escala Maryland garantizan: a) la asignación aleatoria de los participantes a las condiciones experimentales, b) la existencia de un grupo experimental y uno control y c) la toma de medidas pretest y posttest o sólo posttest en diseños aleatorizados. Estos datos son fundamentales para garantizar la elección de tratamientos diseñados, aplicados y evaluados mediante las premisas más estrictas del método científico, elaborados con altos niveles de rigurosidad.

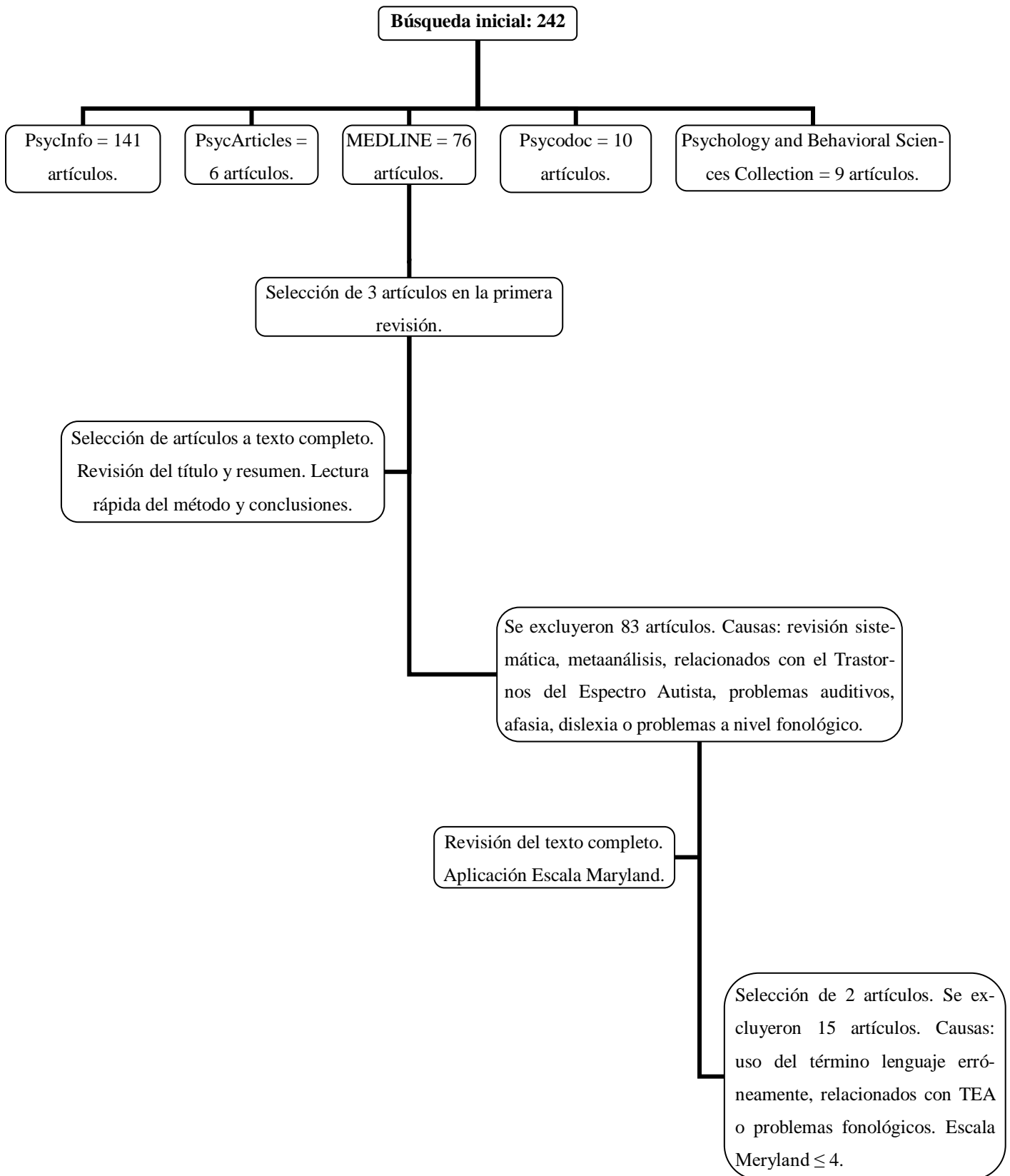


Figura 2. Diagrama de flujo. Segundo proceso de selección de artículos.

Basándose en los criterios de inclusión y exclusión y tras la selección de los artículos, se procedió a realizar un cuadro u hoja de registro con las características generales de los estudios (véase Tabla 7). Se trata de un conjunto de variables descriptivas que permiten la identificación de los mismos y su orientación hacia el tipo de tratamiento empleado.

Tabla 7

Características principales de los artículos seleccionados para la revisión sistemática

Autores	Título	Año de publicación	Medio de publicación
Justice et al.	Feasibility, Efficacy, and Social Validity of Home-Based Storybook Reading Intervention for Children with Language Impairment.	2011	Journal of Speech, Language, and Hearing Research
Wake et al.	Two-Year Outcomes of a Population-Based Intervention for Preschool Language Delay: An RCT	2015	Pediatrics

1.4. Codificación de los artículos.

Para facilitar el análisis de los datos aportados por los artículos, se procederá a realizar un Manual de Codificación, un cuadro donde se recogerán las principales características de los estudios, basándose en los criterios de exclusión de la búsqueda. Las variables a codificar se dividirán en:

- a) variables sustantivas. Relacionadas con el tratamiento aplicado, las características de los sujetos y el contexto (véase Tabla 8).
- b) variables metodológicas, aquellas relacionadas con el diseño (véase Tabla 9 y Tabla 10).
- c) variables extrínsecas o externas a la investigación (por ejemplo, impacto de las revistas donde se publicaron los artículos).

Tabla 8

Variables sustantivas. Incluye variables de tratamiento, contexto y propias de los sujetos

Autores	Edad	Sexo	Procedencia de la muestra	Lugar de publicación de la investigación.	Lugar de intervención	Causa	Porcentaje lectura semanal
Justice et al.	M = 55 meses SD = 3.4	43 niños 19 niñas	EEUU	EEUU	Hogar familiar	Retraso en el lenguaje	95%
Wake et al	4 años	F M	Australia	Australia	Hogar familiar	Retraso en el lenguaje	-

*Nota. - M: media aritmética, SD: desviación típica, EEUU: Estados Unidos, F: sexo femenino, M: sexo masculino.

Tabla 9

Variables metodológicas (I)

Autores	Estudio	Selección de la muestra	Grupo Control	Modalidades de tratamiento	Porcentaje mortalidad experimental posttest	Duración seguimiento
Justice et al.	Sistemático	Cribado, presencia de retraso en el lenguaje	Sí	Texto Imagen Sonido	23%	.
Wake et al	Sistemático	Cribado, presencia de retraso en el lenguaje	Sí	2	14%	2 años

Tabla 10

Variables metodológicas (II)

Autores	Asignación al tratamiento	Normalización pruebas Evaluación	Modalidad tratamiento	Calidad del Diseño	Índice <i>d</i> postest	Índice <i>d</i> Seguimiento
Justice et al.	Aleatoria	Sí	Individual	5	.92/.58	-
Wake et al	Aleatoria	Sí	Individual	5	.36	No, por costes

1.5. Resultados.

Una vez codificadas todas las características principales de los estudios seleccionados se procederá a su análisis. En primer lugar, se detallarán los datos referentes a las características propias de la población o muestra de los estudios y en segundo lugar se llevará a cabo una descripción de aquellos referidos a la metodología de los mismos y del propio proceso de intervención.

Justice et al. (2011) proponen una investigación sobre un tratamiento del trastorno o retraso del lenguaje, de 12 semanas de duración basado en unos ejercicios de lectura en el hogar familiar (participación activa de la familia en la intervención). Los objetivos que plantearon fueron: a) conocer si el tratamiento era factible para las familias, b) comprobar si era eficaz y c) averiguar el nivel de satisfacción de padres y niños con la intervención.

El tamaño muestral era de 62 participantes (69% niños), siendo su media de edad de 55 meses. Para la evaluación de los niños se emplearon tres test estandarizados: a) KBIT-2, Matrices subtest of the Kaufman Brief Intelligence Test, Second Edition (Kaufman y Kaufman, 1990), b) TOLD-P:3, Test of Language Development, Primary, Third Edition (Newcomer y Hammill, 1997) y c) WRAT, Wide Range Achievement (Wilkinson, 1993). A excepción del TOLD-P:3, los test tienen una versión adaptada a población española. Además, también se realizó una audiometría a cada uno de ellos.

La inclusión de los participantes en el programa de intervención estaba determinada por el resultado de las pruebas de evaluación aplicadas. Se descartaron aquellos participantes que puntuaban en valores normales en habilidades lingüísticas o aquellos cuyo dominio de la lengua inglesa era inferior a lo esperado (por aprendizaje conjunto de otra lengua, por ejemplo). La asignación de cada participante a una de las condiciones de tratamiento se realizó de forma aleatoria.

El proceso de intervención fue individualizado y se trabajaban diferentes habilidades como la conciencia fonológica, el vocabulario o la estructura morfosintáctica. Los materiales empleados consistían en textos impresos, imágenes o audios. El tratamiento usando textos demostró ser más eficaz que las demás condiciones de

intervención ($d=.96$). Se contó con un grupo de control de tipo activo, que recibía una modalidad diferente del tratamiento (imagen o sonido). La tasa de mortalidad experimental fue del 25%. En el artículo, no se aportan datos sobre la existencia de un período de seguimiento de los participantes.

En el artículo de Wake et al. (2015), se plantea un programa de intervención en el retraso o trastorno del lenguaje también basado en tareas lectoras en el hogar familiar con implicación activa de los padres. Los objetivos de la investigación eran comprobar si el tratamiento resultaba eficaz y sus resultados se generalizaban a corto y largo plazo en relación a lenguaje expresivo y receptivo, habilidades fonológicas, vocabulario, narrativa y pragmática. Un punto importante fue la mejora en la calidad de vida del niño y de la familia.

El tamaño muestral era de 200 niños, de origen australiano, que fueron seleccionados mediante las puntuaciones obtenidas en el test CELF-P2, Clinical Evaluation of Language Fundamentals, Preschool Edition (Wiig, Secord, y Semel, 2006), validado a nivel español y dirigido a la detección de la frecuencia, duración e intensidad de las principales características de un retraso o trastorno del lenguaje. En el estudio no se aportan datos sobre el género de los participantes. Si se constataba un problema o retraso en el lenguaje eran asignados de forma aleatoria a las modalidades de tratamiento, que eran individualizadas. El estudio cuenta con un grupo control. Los valores del tamaño del efecto encontrados, son relativamente bajos en el programa de intervención aplicado. La mortalidad experimental fue del 14%. Se llevó a cabo un seguimiento para comprobar si los resultados eran generalizables, pero no se aportan datos del tamaño del efecto para las evaluaciones postratamiento.

Comparando los dos artículos, se puede decir que: a) ambos se llevan a cabo en países angloparlantes, b) no se puede calcular la distribución de participantes por sexo, c) la tasa de mortalidad experimental general es de un 37%, aproximadamente y d) la Escala de Maryland sitúa la calidad del diseño de ambos estudios en el nivel 5, el más alto de la misma, lo que garantiza la validez del diseño aplicado.

3. Discusión.

Tras la revisión de los artículos primarios y el análisis de los seleccionados mediante el Manual de Codificación, se pueden derivar una serie de conclusiones

El primer dato de análisis es la edad de inicio o aplicación de ambos programas de intervención. Como se mencionó anteriormente, entre los 4 y los 6 años se produce el asentamiento y consolidación de las habilidades lingüísticas superiores (procesos metafonológicos y metalingüísticos) necesarias para el desarrollo de la escritura y la lectura, ambos indispensables para garantizar una escolarización y aprendizaje óptimos (Palacios, Marchesi, y Coll, 2008; Pérez, 2009).

Por lo tanto, esa franja de edad es un momento clave para iniciar un proceso de intervención si existe un retraso o trastorno del lenguaje. Además, es importante mencionar que las mejoras o remisiones espontáneas suelen producirse en un 60% de los casos en los que aparece una desviación en cualquiera de los componentes del lenguaje, en torno a los tres o cuatro años (Caballero y Mojaró, 2000).

El total de los artículos de esta revisión se encuentran escritos en lengua inglesa. Durante el proceso de búsqueda bibliográfica no se encontraron estudios empíricos o revisiones sistemáticas sobre la temática escritos en castellano y orientados a probar la eficacia de los tratamientos para el trastorno del lenguaje.

Que los estudios hayan sido hechos en EEUU y Australia, dificulta la generalización de los resultados a otras poblaciones, incluidas las hispanohablantes, debido a las características propias de cada lengua o idioma. Sería necesario la validación de los programas de intervención aplicados en población cuyo idioma materno fuera el castellano, para garantizar unos niveles óptimos de fiabilidad en su aplicación.

Aunque generalmente, en los estudios empíricos suele aparecer reflejado qué porcentaje de la muestra son hombres o mujeres (en este caso debería ser niño o niña), con el objetivo de garantizar o no las diferencias individuales o de género de los resultados, en esta ocasión la falta de ésta proporción en uno de los artículos (Wake et al., 2015) ha impedido el cálculo del mismo. Este dato hubiera sido de interés para reflejar si los beneficios de los tratamientos eran similares para niños o ni-

ñas, al indicar algunos estudios que existen diferencias de género a nivel cualitativo y cuantitativo en el desarrollo del lenguaje (Palacios, Marchesi, y Coll, 2008).

La correcta evaluación de los componentes del lenguaje garantiza que el tratamiento aplicado estará enfocado a mejorar aquellos puntos débiles que presente el niño y a potenciar sus puntos fuertes, para lograr una normalización de los procesos comunicativos (Pérez-Pérez, 2013). A la hora de comprobar la existencia o no de un trastorno o retraso en el lenguaje, es de vital importancia determina si existen o no alteraciones a otros niveles, como por ejemplo a nivel cognitivo, atencional o auditivo. Una completa evaluación del habla y el lenguaje, debe descartar la existencia de cualquier tipo de alteración a nivel auditivo, que afectaría de forma directa al desarrollo de los mismos. Se destaca significativamente, la aplicación de audiometrías a los participantes del estudio de Justice et al. (2011). Sin embargo, esta prueba es insuficiente para descartar problemas auditivos a nivel central.

Uno de los puntos fuertes de los estudios evaluados es la asignación aleatoria de los participantes a una de las condiciones de tratamiento. Esto resulta de gran importancia a la hora de controlar posibles sesgos. El control de estos en ambos es bastante estricto, y cuentan con la inclusión de grupos control, a los cuáles se les aplica una condición diferente de tratamiento. Debido a las directrices recogidas en los Códigos Deontológicos de las diferentes áreas de las Ciencias de la Salud y a los principios éticos que los rigen, los grupos control diseñados en este tipo de estudios (en los que los participantes presentan algún tipo de trastorno o deficiencia) deben recibir algún tipo de tratamiento (no sería ético dejar a un niño con un trastorno del lenguaje sin intervención durante un determinado período de tiempo, formando parte de un grupo control, para comprobar la eficacia del tratamiento). Es importante, que todos los investigadores sigan las directrices éticas propuestas por la comunidad científica para garantizar los derechos fundamentales de los participantes en cualquier investigación o programa de intervención.

Los tratamientos eran aplicados por los padres en el hogar familiar. Es importante resaltar que tanto la evaluación como el tratamiento se adaptaron en todos los casos a las características de la población hacia la que iban dirigidos. Este tipo de intervenciones resultan favorecedoras para la normalización de las desviaciones de alguno de los componentes del lenguaje. El ser humano es un ser social, que vive

en un entorno complejo en el que el lenguaje y todos los procesos comunicativos son vitales para su desarrollo a nivel cognitivo, social, familiar, laboral, profesional, etc. Diversos estudios han comprobado que el papel de la familia en la evolución y consolidación del lenguaje es fundamental (Ronski et al., 2010).

El diseño de una intervención llevada a cabo en el hogar familiar, fomenta (Dunst, 2000): a) el desarrollo de los procesos comunicativos en el entorno natural del niño, b) el aumento de las posibilidades de consolidación y generalización de los aprendizajes a otros sectores, c) una oportunidad para que la familia conozca sus puntos fuertes y débiles, potencie sus habilidades y mejore sus limitaciones, d) una oportunidad para aprender rutinas familiares beneficiosas para el niño, e) el fomento de la interacción familiar, f) la posibilidad de adaptar la puesta en marcha del tratamiento a las necesidades de la familia (por ejemplo, a nivel de horarios) y f) el control de emociones negativas que surgen en la familia tras el diagnóstico (el empoderamiento familiar, hacer partícipes a la familia en la mejora del niño, permite disminuir o erradicar sentimientos de culpa o ira que puede ser desarrollados por los padres o entorno cercano tras el diagnóstico de un trastorno del lenguaje o la comunicación).

Al no especificarse de qué forma fue calculado el índice d no se puede llevar a cabo una interpretación global de los resultados, ya que los datos no serían comparables. Por tanto, el análisis de los datos debe realizarse de forma individualizada para cada estudio. Los resultados obtenidos por los estudios difieren en cuanto a los valores del tamaño del efecto. En el estudio de Justice et al. (2011) se obtiene un índice d alto en la modalidad de tratamiento que emplea el texto escrito. El estudio de Wake et al. (2015) obtuvo un tamaño del efecto pequeño. La obtención de estos valores puede deberse a varios motivos. El primero es la posible existencia de un sesgo debido a la mortalidad experimental elevada en ambos estudios. El segundo es específico del estudio de 2015, ya que su aplicación y seguimiento suponía un elevado coste para las familias, hecho que ocasionó que el control de las mejoras del lenguaje a largo plazo no pudiera ser registrado ni analizado.

Aunque el seguimiento se llevó a cabo durante dos años, en el estudio no aparecen valores del tamaño del efecto ni en la medición realizada un año después

de la aplicación del tratamiento ni a los dos años. Esto constituye una limitación importante del estudio, a la hora de comprobar la eficacia y validez del tratamiento.

Además de todo lo expuesto anteriormente, cabe destacar que se ha detectado la existencia de un problema o limitación a nivel general en la bibliografía publicada referente a los trastornos de la comunicación, y más específicamente a los trastornos del lenguaje.

Existe un problema a nivel funcional y conceptual de los términos lenguaje y habla, y en menor medida se podría incluir también al de voz. La distinción entre ellos, se ve reflejada en la literatura científica y en algunas clasificaciones de los problemas de la comunicación, como la mencionada anteriormente de Gallego y Rodríguez (2009).

El origen de la ambigüedad puede radicar en la traducción de los conceptos lenguaje y habla del inglés. La palabra inglesa *speech* se traduce en castellano como habla, y *language* como idioma, léxico o lenguaje (a nivel formal). El propio término de Logopedia es traducido como *speech therapy*, literalmente “terapia del habla”. Este problema a nivel léxico conlleva una serie de consecuencias. La primera, es el uso indiscriminado de ambos términos entre la población. A nivel coloquial es frecuente escuchar a padres o tutores referirse indistintamente a habla y lenguaje. A nivel formal, entre profesionales de distintos sectores, esta ambigüedad ocasiona dificultades a la hora de comunicarse, como por ejemplo dificultad en la interpretación de informes. La intervención de un niño con un trastorno del habla no se enfocará igual que la de uno con un trastorno del lenguaje. Un error en el diagnóstico por una confusión a nivel conceptual del profesional ocasionaría una violación de los principios éticos que rigen el código deontológico y de los derechos fundamentales del paciente (además de una posible alteración en sus actividades de la vida diaria, e incluso a nivel psicológico).

El segundo, radica en la confusión que existe sobre el rol del logopeda, sobre cuáles son sus competencias a nivel profesional y sus áreas de trabajo.

El tercero, estaría relacionado con la investigación. La selección de artículos del presente trabajo tuvo que realizarse dos veces, como se ha comentado ante-

riormente, con el objetivo de evitar falsos positivos o falsos negativos (error tipo I y error tipo II) que conllevarían un sesgo importante en el mismo.

4. Conclusión.

Los trastornos de la comunicación se definen como una dificultad para recibir, enviar, procesar y comprender los conceptos o sistemas simbólicos verbal, no verbal y gráfico (ASHA, 1993). Dentro de esta categoría se engloban otros referentes al habla y el lenguaje.

Los retrasos en el lenguaje son relativamente frecuentes en la población infantil, y en la mayoría de los casos remiten de forma espontánea durante los primeros años de la escolarización. El diagnóstico de un trastorno del lenguaje supone un desequilibrio para la familia, que entienden la importancia de los procesos comunicativos en el desarrollo global de sus hijos, entendido este a nivel no sólo social sino también afectivo, cognitivo y conductual.

Este tipo de trastorno suponen una alteración en los procesos de interacción social, que repercute de forma negativa en la evolución del niño a nivel escolar y emocional.

La gravedad de las consecuencias derivadas de este tipo de trastornos hace indispensable el diagnóstico temprano de los mismos, con el objetivo de prevenir o remitir la sintomatología asociada y disminuir las consecuencias en todas las áreas de la vida diaria no sólo del niño, sino también de la familia.

Ante tal dificultad, se hace necesario el estudio sistemático de aquellos tratamientos enfocados a la reducción o eliminación de la sintomatología del trastorno del lenguaje, con el objetivo de determinar cuál o cuáles presentan una mayor eficacia, y por tanto puedan considerarse como tratamientos de primera elección a la hora de diseñar un plan de intervención.

Es por tanto de suma importancia, que el logopeda (y en general, los profesionales de las ciencias de la salud) conozcan los modelos teóricos y programas de intervención abalados por el método científico que han mostrado los resultados más positivos a la hora de tratar estos trastornos. La formación continuada y permanente

actualización de los conocimientos que posea el terapeuta, conllevará que el paciente reciba un tratamiento que haya sido validado. De esta forma, se consiguen garantizar los derechos fundamentales de los pacientes.

A la hora de tratar un problema de lenguaje, hacerlo en un entorno natural beneficia la generalización de los resultados a otros entornos y la consolidación de los aprendizajes.

Aunque la literatura científica todavía es reducida en esta temática y es necesaria más investigación, el análisis de los estudios realizados permite concluir que el tratamiento con implicación de la familia arroja unos resultados aceptables en cuanto a eficacia. Las futuras investigaciones, deberían centrarse en afianzar los resultados obtenidos, mediante la mejora de las características metodológicas de los estudios o en realizar más comparaciones entre tratamientos, garantizando así que el profesional sanitario no tenga dudas a la hora de elegir una intervención de primera elección.

Es necesario también, la realización y publicación de estudios en población hispanohablante, ya que el número de estudios sobre la temática es muy reducido y enfocado a otros trastornos de la comunicación.

Se podrían citar varias limitaciones en esta investigación. La primera de ellas es la relativa al número de estudios incluido, ya que además de no ser la literatura muy numerosa en esta temática, se han establecido unos criterios de inclusión muy restrictivos (ya que se pretendía analizar sólo aquellos tratamientos con un nivel óptimo de fiabilidad y validez). Otra posible limitación, hace referencia a la búsqueda bibliográfica en la que se constató la existencia de un problema a nivel conceptual en la denominación de determinados conceptos relativos a los trastornos de la comunicación.

A pesar de que la ambigüedad entre los términos habla y lenguaje aún está presente entre los distintos profesionales implicados en el tratamiento de los trastornos de la comunicación, en los últimos años se ha producido un avance importante en la lucha por su uso correcto.

5. Referencias.

*Artículos incluidos en la presente revisión sistemática.

- Aguado, G. (2004). *Trastorno específico del lenguaje. Retraso del lenguaje y disfasia*. Málaga: Aljibe.
- Aguinaga, G., Armentia, M. L., Fraile, A., Olangua, P. y Uriz., N. (2004). *Prueba del Lenguaje Oral de Navarra Revisada (PLON- R)*. Pamplona: Gobierno de Navarra Dpto. Educación y Cultura.
- American Psychiatric Association (APA). (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM IV-TR)*. Washington, DC: APA.
- American Psychiatric Association (APA). (2014). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM V)*. Washington, DC: APA.
- American Speech Language Hearing Association (ASHA). (1993). Definitions of communication. Disorders and Variations. *ASHA*, 40, 2004-2019.
- Ato, E., Galián, M.D. y Cabello, F. (2009). Intervención familiar en niños con trastornos del lenguaje. Una revisión. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 7(3), 1419-1448.
- Berger, K. (2007). *Psicología del Desarrollo: Infancia y Adolescencia*. Madrid: Editorial Panamericana.
- Billard, C. (2014). Desarrollo y trastornos del lenguaje oral en la infancia. *EMC-Pediatría*, 49(4), 1-11. [https://doi.org/10.1016/S1245-1789\(14\)68962-9](https://doi.org/10.1016/S1245-1789(14)68962-9).
- Branca, M.F., Alcantud, F., Ferrer, A.M. y Quiroga, M.E. (2005). *EDAF. Evaluación de la Discriminación Auditiva y Fonológica*. Barcelona: Ediciones Lebon, S.L.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development*. Cambridge: Harvard University Press.
- Buschmann, A., Jooss, B., Rupp, A., Fedhusen, F., Pietz, J. y Philippi, H. (2009). Parent based language intervention for 2-year-old children with specific expressive language delay: a randomized controlled trial. *Archives Disabled Children*, 94(2), pp.110-116.
- Caballero, R. y Mojaró, M.D. (2000). *Trastornos específicos del desarrollo del habla y lenguaje. Tartamudeo. Farfullero*. En: Gutiérrez Casares y Rey Sánchez (coords.). Planificación terapéutica de los trastornos psiquiátricos del niño y del adolescente. Madrid: Smithkline-Beecham.
- Carranza, J. (2010). *Apuntes de Psicología del desarrollo*. Murcia: Universidad de Murcia.
- Carrillo, M. S., Alegría, J., Miranda, P. y Pérez, N. (2011). Evaluación de la dislexia en la escuela primaria: Prevalencia en español. *Escritos de Psicología*, 4(2), 35- 44.
- Castro-Rebolledo, R., Giraldo-Prieto, M., Hincapié-Henao, L., Lopera, F. y Pineda, D. A. (2004). Trastorno específico del lenguaje: una aproximación teórica a su diagnóstico, etiología y manifestaciones clínicas. *Revista de Neurología*, 39 (12), 1173-1181.

- Dunn, L.M. y Pereda Marín, S. (1985). *Test de vocabulario en imágenes Peabody*. Madrid: Mepsa
- Dunst, C. J. (2000). Revisiting rethinking early intervention. *Topics in Early Childhood Special Education*, 20(2), 95-104.
- Fernández, G. y Rodríguez, X. (2012). *Logopedia. Primera parte. Texto para los estudiantes de las carreras Licenciatura en Logopedia y Educación Especial*. La Habana: Editorial Pueblo y Educación.
- Fernández-Fernández, V. (2010). *Apuntes asignatura Evaluación de los trastornos del habla y el lenguaje*. Murcia: Universidad de Murcia.
- Fiuza, M.J. y Fernández, M. P. (2014). *Dificultades de aprendizaje y trastornos del desarrollo. Manual didáctico*. Madrid: Ediciones Piramide.
- Fresneda, M.D. y Mendoza, E. (2005). Trastorno específico del lenguaje: concepto, clasificaciones y criterios de identificación. *Revista de Neurología*, 41(1), 51-56.
- Gallego-López, C. y Rodríguez-Santos, F. (2009). Trastornos específicos del lenguaje. Curso de Actualización Pediatría. *Exlibris Ediciones AEPap*, 239-248.
- García-Cruz, J.M. y González-Lajas, J.J. (2018). *Guía de Algoritmos en Pediatría de Atención Primaria. Trastornos del lenguaje y de la comunicación*. AEPap. Extraído el 10/02/2019: http://algoritmos.aepap.org/adjuntos/trastornos_lenguaje.pdf
- García-Pérez, E.M. (1999). *ELA-R. Examen Logopédico de la Articulación Revisado*. Madrid: Grupo Albor-Cohs.
- García-Sánchez, F.A. (2019). *Apuntes asignatura Metodología de Intervención en Atención Temprana*. Murcia: Universidad de Murcia.
- Idiazábal-Aletxa, M. A. y Saperas-Rodríguez, M. (2008). Procesamiento auditivo en el trastorno específico del lenguaje. *Revista de Neurología*, 46(1), 91-95.
- *Justice, L.M., Skibbe, L.E., McGinty, A.S., Piasta, S.B. y Petrill, S. (2011). Feasibility, Efficacy, and Social Validity of Home-Based Storybook Reading Intervention for Children with Language Impairment. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 54, 523-538.
- Kaufman, A. S. y Kaufman, N. L. (1990). *Kaufman Brief Intelligence Test, Second Edition*. Circle Pines, MN: AGS.
- Kirk, S.A., Kirk, W.D. y MacCarthy, J.J. (1989). *Test Illinois de Aptitudes Psicolingüísticas*. Madrid: Tea.
- Monfort, M. y Juárez Sánchez, A. (1990). *Registro Fonológico Inducido*. Madrid: Cepe.
- Newcomer, P. y Hammill, D. (1997). *Test of Language Development Primary, Third Edition (TOLD-P:3)*. Austin, TX: Pro-Ed.
- Palacios, J., Marchesi, A. y Coll, C. (2008). *Desarrollo Psicológico y Educación. Psicología Evolutiva*, 2º Edición. Madrid: Alianza Editorial.

- Pérez, J. (2009). *Apuntes de Psicología del desarrollo*. Universidad de Murcia: Murcia.
- Pérez, M. (2008). *Desarrollo del Lenguaje*. En J. Palacios, A. Marchesi y C. Coll. *Desarrollo Psicológico y Educación. Psicología Evolutiva*, 2º Edición. Madrid: Alianza Editorial.
- Pérez-Pérez, E. (2013). *Diagnóstico e intervención en las dificultades evolutivas del lenguaje oral*. Barcelona: Ediciones Lebón, S.L.
- Puyuelo, M., Wiig, E.H., Renom, J. y Solanas, A. (1997). *Batería del Lenguaje Objetiva y Criterial (BLOC)*. Barcelona: Masson.
- Riviére, A. (2002). Obras escogidas. Vol III. En J.M. Ruiz Vargas y M. Belinchón (Eds.), *Metarrepresentación y Semiosis*. Madrid: Médica Paramérica.
- Romski, M., Sevcik, R.A., Adamson, L.B., Cheslock, M., Smith, A., Barker, R. y Bakeman, R. (2010). Randomized Comparison of Augmented and Nonaugmented Language Interventions for Toddlers With Developmental Delays and Their Parents. *Journal of Speech Language and Hearing Research*, 2(53), 350-364.
- Sánchez-Meca, J. (2012). Unidad de meta-análisis de la Universidad de Murcia. Manuscrito no publicado.
- Sherman, L., Gottfredson, D., Mackenzie, D., Eck, J., Reuter, P. y Bushway, S. (1998). Preventing Crime: What Works, What Doesn't, What's Promising. College Park, University of Maryland. *Report to the United States Congress, prepared for the National Institute of Justice by the Department of Criminology and Criminal Justice*.
- Vigotsky, L. S. (1986). *Aprendizaje y desarrollo intelectual en la edad escolar*. En A. Luria, A. Leontiev y L. Vigotsky. *Psicología y pedagogía*. Madrid: Akal.
- *Wake, M., Levickis, P., Tobin, S., Gold, L., Ukoumunne, O.C., Goldfiedl, S., Zens, N., Le, H., Law, J. y Reilly, S. (2015). Two year Outcomes of a Population-Based Intervention for Preschool Language Delay: An RTC. *Pediatrics*, 136 (4), 838-847.
- Wilkinson, G. (1993). *Wide Range Achievement Test*. Wilmington, DE: Wide Range, Inc.
- Wiig, E., Secord, W. y Semel, E. (2006). *Clinical Evaluation of Language Fundamentals Preschool: Australian and New Zealand Standardised Edition (2nd ed.)*. Sydney, Australia: Harcourt Assessment.
- World Health Organization. (1992). *The CIE-10. Classification of Mental and Behavioural Disorders. Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines*. Geneva: OMS.