

# TRASTORNOS DEL HABLA Y DEL LENGUAJE



- 1- Introducción
- 2- Desarrollo normal del lenguaje
- 3- Alteraciones del lenguaje
- 4- Trastornos del lenguaje
  - a) Trastornos de la pronunciación
  - b) Trastornos de la expresión verbal
  - c) Trastornos de la comprensión
- Nuevos criterios del DSM-V respecto DSM-IV
- 5- Evaluación
- 6- Tratamiento

## 1- INTRODUCCIÓN



El lenguaje es una función superior de nuestro cerebro. Es, por tanto, una adquisición específica de la especie humana, siendo su expresión más habitual el lenguaje oral, aunque éste no es la única forma de manifestarse.

Según la teoría de Noam Chomsky, existe una **gramática universal** que forma parte del patrimonio genético de los seres humanos. Es decir, los seres humanos venimos al mundo dotados con una capacidad innata, codificada en nuestros genes y que constituyen un patrón lingüístico básico y universal. Se trata de la base sobre la que se construye y amolda cualquier lengua.

Esta capacidad singular es propia de la especie humana y el uso corriente del lenguaje evidencia las enormes posibilidades del potencial creativo de la humanidad.

Algunos experimentos efectuados durante la gestación señalan que el inicio del aprendizaje de la lengua por el ser humano se produce ya durante el tercer trimestre de la gestación. Los primeros sonidos del lenguaje exterior llegarían al feto a través del líquido amniótico que lo envuelve. Para entonces, el oído ya está suficientemente desarrollado para percibir los primeros sonidos y el proceso de aprendizaje puede darse por iniciado en condiciones normales.

Cuando el espectacular desarrollo del lenguaje no sigue el patrón habitual que la naturaleza ha diseñado para el ser humano es cuando podemos estar delante de un Trastorno del lenguaje. En esta página intentaremos explicar algunas de sus formas, características, evaluación y tratamiento.

## 2- DESARROLLO NORMAL DEL LENGUAJE EN NIÑOS



Conozcamos, antes, el desarrollo del lenguaje desde las primeras etapas y según el curso habitual. Existen al respecto diferentes modelos, aquí exponemos el de Cantwell y Baker (1.987) dado que hace explícito de forma muy concreta la evolución y progresiva complejidad que va alcanzando el lenguaje a medida que el niño se desarrolla.

### **a) Etapa prelingüística (del primer mes hasta el año)**

En esta primera etapa ya se adquieren formas de comunicación temprana como el llanto, la sonrisa o las vocalizaciones que intercambian con el adulto, adquiriendo éstas significado en la interpretación que el adulto da a tales manifestaciones.

Antes de los 6 meses ya da muestras de una audición selectiva respondiendo a determinados sonidos e ignorando otros.

### **b) Primeras palabras (entre los 12 y 18 meses)**

A esta edad empiezan a surgir las primeras palabras aisladas con intención comunicativa. Estas palabras suelen ir acompañadas todavía por gestos y entonaciones que amplían su capacidad para expresar intenciones y pensamientos en una sola emisión.

Es en esta etapa donde se produce lo que Piaget denominó "*lenguaje egocéntrico*" ya que el niño dirige sus emisiones en voz alta hacia sí mismo.

### **c) Combinación de dos palabras (18 a 24 meses)**

Las palabras sueltas de la etapa anterior empiezan a combinarse. Normalmente esto sucede cuando su vocabulario es ya de unas 50 palabras aproximadamente. La comprensión del lenguaje aumenta si bien suele repetir partes de las emisiones de los adultos (ecolalias).

### **d) Etapa de la frase simple (2 a 3 años)**

En este período se empiezan a construir las primeras oraciones de 2 o 3 palabras a las que se van incorporando determinados morfemas o inflexiones. Es el inicio de la conversación real, disminuyendo el lenguaje dirigido a sí mismo y asumiendo el aprendizaje de las normas que rigen la comunicación social del lenguaje.

### **e) Desarrollo gramatical (3 a 4 años)**

Es una etapa de grandes avances en la evolución del lenguaje, especialmente en el dominio de la gramática con oraciones cada vez más complejas. Aproximadamente aparecen 1.000 palabras nuevas en el vocabulario. También se adquiere conceptos espaciales y temporales, comenzando a describir hechos presentes, pasados y futuros.

### **f) Desarrollo posterior (a partir de los 4 años)**

Ahora el sistema lingüístico se va perfeccionando y se cometen menos errores gramaticales. Aumenta considerablemente su capacidad para comprender los sentidos figurados, distanciándose del significado literal. Su lenguaje va madurando y adaptándose al interlocutor y al contexto donde se produce.

## **3- ALTERACIONES DEL LENGUAJE**



El lenguaje es un sistema complejo, estructurado y simbólico que comprende diferentes subsistemas. Así contiene un sistema de sonidos o **fonología**; reglas para la formación de palabras, o **morfología**; un sistema de vocabulario y significado, **léxico** y **semántica**, respectivamente; normas para la formación de oraciones o **sintaxis**; y reglas sobre cómo utilizar el lenguaje adecuadamente en contextos sociales, o **pragmática**.

Cuando el desarrollo del lenguaje no sigue el patrón previsto, o se producen déficits significativos en cualquiera de los subsistemas anteriores, podemos encontrarnos delante un trastorno del lenguaje.

Veamos a continuación algunas de las alteraciones habituales que ocurren durante los años de preescolar y en primaria que pueden alertarnos sobre la presencia un trastorno del lenguaje:

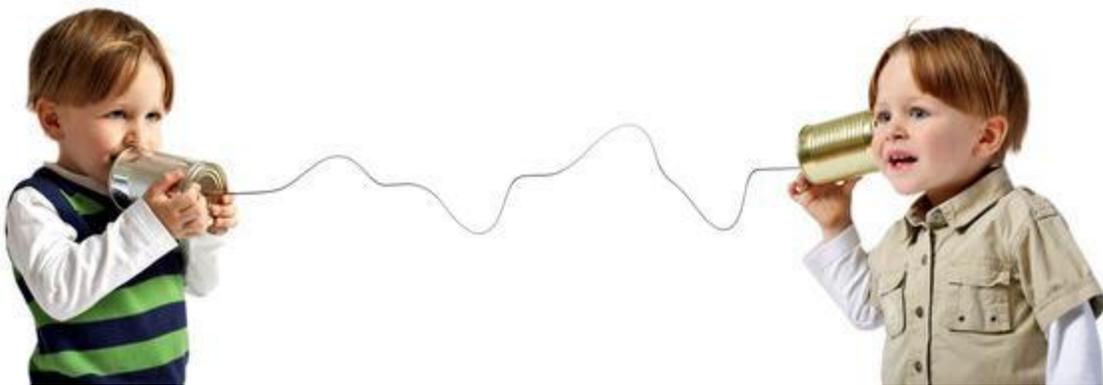


En la exposición de los trastornos del lenguaje vamos a seguir la clasificación multiaxial del CIE-10 que los contempla en su eje 2 (trastornos específicos del desarrollo), epígrafe **F.80: El Trastorno específico del desarrollo del habla y del lenguaje.**

### CLASIFICACIÓN CIE-10 TRASTORNOS DEL LENGUAJE:

| Subtipos: | Denominación:  | Código: |
|-----------|--|---------|
| A)        | <b>Trastornos de la pronunciación.</b>   | F.80.0  |
| B)        | <b>Trastornos de la expresión del lenguaje.</b>  | F.80.1  |
| C)        | <b>Trastornos de la comprensión del lenguaje.</b>  | F.80.2  |
| D)        | Afasia adquirida con epilepsia. Síndrome de Landau-Kleffner.                             | F.80.3  |
| E)        | Otros trastornos del desarrollo del lenguaje del habla y del lenguaje (ceceo, balbuceo). | F.80.8  |
| F)        | Trastorno del desarrollo del habla y del lenguaje sin especificar.                       | F.80.9  |

En esta página expondremos los tres primeros por ser los más frecuentes:



### A) TRASTORNOS DE LA PRONUNCIACIÓN



#### Características clínicas:

Este trastorno se caracteriza principalmente en que el niño omite o pronuncia los fonemas de forma inadecuada (distorsiones, sustituciones) para su edad mental aunque tenga un nivel normal para el resto de las funciones del lenguaje.

Este trastorno ha recibido diferentes denominaciones a lo largo de los años: Dislalia, Trastorno del desarrollo fonológico, Trastorno funcional de la articulación, etc.

### **Diagnóstico:**

El diagnóstico sólo debe hacerse cuando se cumplen los siguientes requisitos:

- 1- La gravedad del trastorno excede los límites normales teniendo en cuenta la edad mental del niño.
- 2- La Inteligencia no verbal es normal. Las funciones del lenguaje expresivo y receptivo están dentro de los límites normales.
- 3- Las anomalías de la pronunciación no se pueden atribuir directamente a una anomalía sensorial, estructural o neurológica.
- 4 -Los fallos de la pronunciación son claramente anormales en el contexto de los usos coloquiales del entorno sociocultural del niño.

### **Diagnóstico diferencial:**

Para este diagnóstico deberemos también asegurarnos de que las alteraciones en la articulación son lo suficientemente graves para considerarlas anormales y diferenciarlas de aquellas que pueden ser propias en niños pequeños.

También debemos descartar la presencia de enfermedad física o psíquica como causa de los problemas de articulación. Es el caso de la **Disartria** (Trastorno articulatorio secundario a un déficit neurológico, la **Disglosia** (Trastorno de la pronunciación determinada por problemas estructurales del aparato bucofonatorio) o la **Disfemia o tartamudeo**(Trastorno del habla caracterizado por tropiezos, espasmos y repeticiones debido a una imperfecta coordinación de las funciones ideomotrices cerebrales).

También hay que descartar problemas de audición, **retraso mental**, la presencia de un trastorno mixto (expresivo-receptivo, como contempla el DSM-IV) o un **trastorno generalizado del desarrollo**.

Finalmente la capacidad de expresión debe estar dentro de la normalidad.

### **Evolución y pronóstico:**

En términos generales, suele producirse una mejora total cuando el problema se reduce a unos pocos fonemas. Los niños con más de 5 años, en los que persiste el problema, deben ser evaluados a fondo para descartar algún trastorno asociado. Si el problema persiste más allá de los 8 años su solución total es más compleja.

## **B) TRASTORNOS DE LA EXPRESIÓN DEL LENGUAJE**



### **Características clínicas:**

Se trata de un trastorno del desarrollo del niño en el que la capacidad para la expresión oral es marcadamente inferior al nivel adecuado para su edad mental, pero en el que la comprensión del lenguaje está dentro de los límites normales. Pueden existir o no alteraciones en la pronunciación.

Aunque hay una considerable variación individual en el desarrollo normal del lenguaje, la ausencia de palabras simples (o aproximaciones de palabras) alrededor de los dos años y el fracaso de frases sencillas de dos palabras hacia los tres años, deben ser entendidos como indicadores significativos de un retraso. Más tarde se presenta una limitación del desarrollo del vocabulario, un uso excesivo de un número limitado de palabras, dificultades en la elección de las palabras adecuadas, sustitución de unas palabras por otras, utilización de frases cortas, estructuración inmadura, errores sintácticos (en especial omisiones de finales de palabras o prefijos) y errores u omisiones de elementos gramaticales concretos, como preposiciones, pronombres, artículos, etc.

Es frecuente que los déficits del lenguaje hablado se acompañen de retrasos o anomalías en la pronunciación de los fonemas que forman las palabras.

### **Diagnóstico:**

El diagnóstico debe hacerse únicamente cuando la gravedad del retraso del desarrollo de la expresión del lenguaje exceda los límites de la variación normal para la edad mental del niño, siendo la comprensión del lenguaje normal (aunque frecuentemente el lenguaje receptivo puede estar en algunos aspectos por debajo de lo normal).

El recurso de signos no verbales (como sonrisas y gestos) y del lenguaje interior (imaginación y juegos de fantasía) está relativamente intacto, así como la capacidad para la comunicación social de forma no verbal.

A pesar del déficit del lenguaje, el niño intenta comunicarse y tiende a compensar la carencia lingüística mediante el uso de gestos, mímica y vocalizaciones no lingüísticas.

En este colectivo no son raras las dificultades con los compañeros, problemas emocionales, conductas disruptivas y/o **déficit de atención e hiperactividad**.

En una pequeña parte de los casos puede presentarse una pérdida auditiva parcial (a menudo selectiva) concomitante, pero ésta no es de una gravedad suficiente como para justificar el retraso del lenguaje.

La participación inadecuada en las conversaciones o una privación ambiental más general pueden jugar un papel importante o contribuir significativamente a la génesis del trastorno del lenguaje expresivo.

### **Diagnóstico diferencial:**

Debe hacerse con el retraso mental, trastornos mixtos (receptivo-expresivo), trastornos generalizados del desarrollo, la afasia o disfasia (tipo receptivo) y también del **mutismo selectivo**.

Mientras que los niños con retraso mental tienen un deterioro generalizado de todo el funcionamiento intelectual, los niños con trastornos de la expresión tienen una inteligencia no verbal dentro de la normalidad (por ejemplo, medido con el **WISC-IV**, el C.I. no verbal se situaría por encima de 80).

La diferenciación respecto a los **TGD o TEA**, consiste en que éstos presentan ausencia de lenguaje interno, juego simbólico, intención comunicativa y, por tanto, hay problemas de

relación social significativas que no presentan los niños con trastorno del lenguaje expresivo.

Hay también que diferenciar los niños con afasias o disfasias adquiridas ya que éstos presentan un desarrollo evolutivo normal y el deterioro ha tenido lugar después de enfermedad o traumatismo encefálico u otros trastornos de origen neurológico.

Finalmente en el **mutismo selectivo**, existe la capacidad de expresión oral pero ésta se manifiesta selectivamente delante de sólo ciertas personas o situaciones familiares al niño. En su base suelen haber problemas de timidez y emocionales.

### **Evolución y pronóstico:**

En términos generales, la evolución del trastorno va asociada a la presencia de otros trastornos. Si no se dan conjuntamente con el **TDAH** o **problemas de origen emocional**, el pronóstico es mejor.

La rapidez y el grado de recuperación dependen, también, de la gravedad del trastorno, de la motivación del niño para participar en las diferentes actividades planteadas en la intervención. Son también de mejor pronóstico los niños que presentan un CI no verbal de 100 o más respecto a los que se sitúan en una franja límite con el **retraso mental** de tipo leve (CI<80). Algunos datos apuntan que alrededor del 50% de los niños con trastornos de la expresión del lenguaje se recuperan normalmente.

### **VER MUTISMO SELECTIVO:**



## C) TRASTORNO DE LA COMPRENSIÓN DEL LENGUAJE



Se trata de un trastorno específico del desarrollo, en el que la comprensión del lenguaje por parte del niño es inferior al nivel adecuado a su edad mental.

En el DSM-IV-TR, este trastorno corresponde al Trastorno mixto del lenguaje receptivo-expresivo. En el CIE-10, todo y que diferencia entre **expresión** y **comprensión**, asume que en la práctica totalidad de los casos de trastorno comprensivo se da también un deterioro notable de la expresión del lenguaje, y son frecuentes las alteraciones en la pronunciación de los fonemas de las palabras.

### **Características clínicas:**

Las manifestaciones clínicas del componente comprensivo aparecen típicamente antes de los 4 años. Las formas más graves se manifiestan antes de los dos años, mientras que las formas más leves pueden no ser evidentes hasta los 7 u 8 años de edad.

La mayoría de niños con este problema tienen dificultades en la socialización y en la comunicación no verbal. Estas producen a su vez una serie de problemas adicionales en el terreno emocional que cursan con baja autoestima, sentimiento de inferioridad y rechazo a la escuela, entre otros. Paralelamente pueden aparecer conductas disruptivas.

Destacar también la comorbilidad de este trastorno con los **trastornos específicos del aprendizaje (dislexia, disgrafía, discalculia)**, también con el **TDAH** y trastornos de ansiedad y **depresión**.

Son más frecuentes en niños que en niñas con una prevalencia de entre el 3 y 5% respecto a la población general.

Por último señalar que este tipo de trastornos suele tener una etiología principalmente de origen genético. Numerosos estudios describen antecedentes familiares en niños con el problema.

### **Diagnóstico:**

Los criterios necesarios son:

- 1- La gravedad del retraso excede los límites de la variación normal para la edad del niño
- 2- La inteligencia no verbal esté dentro de los límites normales (CI>80).
- 3- No se satisface las pautas de trastorno generalizado del desarrollo, autismo o retraso mental.
- 4- Se excluyen causas de tipo orgánico o neurológico (pérdida de audición, hendidura palatina u otras anomalías estructurales u otros).

Deben tenerse en cuenta, también, los siguientes indicadores de retraso: un fracaso para responder a nombres familiares (en ausencia de claves no verbales) hacia el primer año de vida; incapacidad para reconocer los nombres de al menos algunos objetos corrientes a los 18 meses, o para llevar a cabo instrucciones simples y rutinarias a la edad de dos años. Más tarde se presentan otras dificultades, como la incapacidad de comprender ciertas formas gramaticales (negativas, interrogantes, etc.) y los aspectos más sutiles del lenguaje (tono de voz, gestos, etc.

### **Evolución y pronóstico:**

Cuando se diagnostica en los niños más pequeños suele ser porque los síntomas son muy evidentes y, por tanto, pueden indicar una mayor gravedad de los mismos, aunque no siempre. Cuando los síntomas son leves no se hacen patentes hasta más tarde y suelen ser más manejables y de mejor pronóstico. De todas formas, la evolución dependerá del momento de inicio del tratamiento, la naturaleza y gravedad del problema, así como otras circunstancias del entorno del niño.

### **NUEVOS CRITERIOS DIAGNÓSTICOS (DSM-V):**

En su última actualización, el DSM-V, ha modificado los criterios diagnósticos de los Trastornos del Lenguaje, que siguen incluidos dentro de los Trastornos de la Comunicación, pero establece nuevas categorías al tiempo que reagrupa otras con la denominación global de Trastornos del Lenguaje. A continuación, se muestra una comparativa entre los criterios del DSM-IV y el DSM-V.

| <b>DSM-IV: Trastornos de la Comunicación</b>      | <b>DSM-V: Trastornos de la Comunicación</b>  |
|---|--|
| Trastorno lenguaje expresivo.                     | <b>Trastorno del lenguaje</b> (desaparecen como categorías independientes el Tr. Lenguaje expresivo y el mixto). |
| Trastorno mixto del lenguaje receptivo-expresivo. | Trastorno fonológico.  |
| Trastorno fonológico.                             | Trastorno de la fluidez (tartamudeo) de inicio en la infancia.   |
| Tartamudeo.                                       | Trastorno de la comunicación social.   |
|   | Trastorno de la comunicación no especificado.  |

### **CRITERIOS TRASTORNOS LENGUAJE (DSM-V):**

Dificultades persistentes en la adquisición y uso del lenguaje en todas sus modalidades (hablado, escrito, lenguaje de signos u otro).

Deficiencias en la comprensión o la producción. Incluyen:

- Vocabulario reducido (conocimiento y uso de palabras).

- Estructura gramatical limitada (capacidad para situar las palabras y las terminaciones de palabras juntas para formar frases basándose en reglas gramaticales y morfológicas).

- 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).

Las capacidades de lenguaje están desde un punto de vista cuantificable por debajo de lo esperado para la edad.

Limitaciones funcionales en la comunicación eficaz, la participación social, los logros académicos o el desempeño laboral, de forma individual o en cualquier combinación.

El inicio de los síntomas se produce en las primeras fases del desarrollo.

Las dificultades no se pueden atribuir a un deterioro auditivo o sensorial, a una disfunción motora o a otra afección médica o neurológica y no se explica mejor por una discapacidad intelectual o retraso global del desarrollo

## 5- EVALUACIÓN



La evaluación psicológica ante la sospecha de la presencia de trastornos del lenguaje comprende diferentes instrumentos y estrategias. Debemos obtener una visión global de todos los elementos y factores que pueden estar influyendo en la génesis y mantenimiento del problema. La evaluación del lenguaje no es una tarea fácil dada la complejidad de la conducta lingüística y comunicativa y la necesidad de evaluar diferentes procesos, aspectos estructurales y funcionales del sistema lingüístico. Por otra parte, es habitual que los niños con escaso lenguaje tengan mayores dificultades para establecer comunicación y muestren problemas en más de un aspecto del lenguaje. Igualmente, todo ello puede determinar en el niño la presencia de manifestaciones clínicas fuera del ámbito estricto del lenguaje como **conductas hiperactivas**, de **déficit atencional** y también, de tipo emocional como desmotivación, fobia escolar, baja autoestima, etc.

En primer lugar es necesario recoger exhaustivamente los datos evolutivos del niño/a desde el embarazo hasta la actualidad. También la estructura de la familia mediante un organigrama (padres, hermanos, abuelos, etc.) y las actuales circunstancias del entorno. Todo ello puede llevarse a cabo mediante entrevista a los padres.

Necesitaremos información acerca del rendimiento escolar actual (notas, informes) y su historia de aprendizaje.

El niño con sospecha de un trastorno del lenguaje deberá someterse a observación estructurada tanto en su ambiente natural como a través de diferentes pruebas psicométricas generales y específicas.

Para el diagnóstico es fundamental aplicar pruebas de capacidad intelectual general tipo **WPPSI-III** o **WISC-IV** (según edad). El objetivo es descartar el retraso mental u otros déficits que serían incompatibles con un diagnóstico de Trastorno del lenguaje. Un CI por debajo de 70 comprometería el diagnóstico.

De todas formas, con frecuencia, es complicado el diagnóstico diferencial dado que pueden darse factores añadidos que pueden alterar la medición del C.I. real del niño. Por ejemplo, la mayor parte de las pruebas de inteligencia precisan en un u otro grado del uso (expresivo o comprensivo) del lenguaje y, por tanto, estos niños están en desventaja. Una solución habitual consiste en la aplicación de pruebas libres de la influencia del lenguaje como pueden ser las

subescalas del **WISC-IV: matrices, conceptos, claves**, etc. También el Toni-2, las de Raven, etc., en las que el niño sólo tiene que ver imágenes y señalar la respuesta correcta. Si en estas pruebas no se detecta una discapacidad significativa, no estaría justificado un diagnóstico de **Retraso Mental** y, por tanto, podemos sospechar un trastorno del lenguaje.

Para niños pequeños la nueva batería Merrill Palmer-R (de 0 a 6 años y medio) en su escala desarrollo cognitivo y lenguaje y comunicación puede resultar útil para la detección temprana.

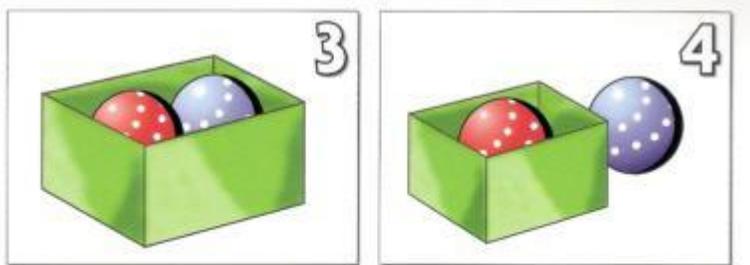
Señalar también que otro problema añadido lo podemos tener en niños que vienen de otras culturas, con poca estimulación temprana, poco dominio de nuestra lengua y, a veces, inmersos en dos o más lenguas simultáneamente.

Todo ello deberá valorarse.

Una vez evaluadas las capacidades generales hay que proceder a la aplicación de pruebas más específicas según el perfil y síntomas del niño. A continuación, se muestran algunas de ellas:

**PROLEC-R y PROLEC-SE** (Habilidades lectoras en español y euskera). Detección de la Dislexia. Aplicable en toda la etapa de primaria (1º a 6º).

#### PARTE DE UN ÍTEM DEL PROLEC-R



**La pelota roja está dentro de la caja y la pelota azul está fuera de la caja**

**BOSTON. Test de vocabulario.** Evaluación de la afasia y de los trastornos relacionados. A partir de 5 años y adultos normales y afásicos.

**DST-J. Test para la detección de la Dislexia** en niños. Aplicable en niños entre 6 años y medio y 11.

**ECL-1 y 2.** Evaluación de la Comprensión Lectora. Contiene dos formas para niños de entre 6 y 8 años y de 9 a 10. Hay una versión en euskera.

**EDAF.** Evaluación de la discriminación auditiva y fonológica. Para niños de 2 a 8 años.

**ITPA.** Test Illinois de aptitudes psicolingüísticas. Entre 3 y 10 años.

**PLON- R** (Prueba de Lenguaje Oral de Navarra). Es un test que sirve de screening o detección rápida del desarrollo del lenguaje oral. Edad de aplicación: 3 a 6 años.

**PEABODY.** Test de vocabulario en imágenes.

## 6- TRATAMIENTO



Los métodos de intervención en el lenguaje han variado desde el trabajo directo con el niño, en situaciones estructuradas, a otras formas más naturales basadas en el juego y en su propio ambiente con implicación de los familiares.

Como objetivo general siempre hay que buscar estimular y motivar al niño para que participe activamente. Desde este punto de vista no se trata tanto de insistir en que el niño hable o comprenda adecuadamente, sino de crear las condiciones para que el lenguaje tenga lugar de forma espontánea.

El tratamiento más formal de los diferentes trastornos suele efectuarse a través de la intervención logopédica. Hoy en día disponemos de numeroso material de apoyo visual e informático que ofrecen un contexto más amigable para los niños y, por tanto, mejorar su motivación en la consecución de los diferentes objetivos marcados.

En los trastornos de pronunciación o fonológicos, la intervención directa del logopeda con el niño en sesiones estructuradas es muy eficaz. El tratamiento incluye un entrenamiento en la producción de sonidos mediante ayudas visuales (gesticulación manual o símbolos que ilustran la forma correcta de pronunciar) y la imitación del modelo (logopeda). También se incluyen ejercicios para resolver las confusiones entre diferentes fonemas.

Respecto a los otros trastornos del lenguaje (expresión, comprensión o mixto) parece que la mejor opción, en general, pasa por combinar el tratamiento logopédica individual con la intervención mediada por la familia. En este último caso, el logopeda o profesional, tras identificar el problema y marcar los objetivos, instruye a los padres en diferentes habilidades para aplicarlas en casa con el niño.

### ALGUNAS PAUTAS PARA LA INTERVENCIÓN:

- Es fundamental que podamos establecer el diagnóstico diferencial y comprender los síntomas del trastorno para ayudar al niño y evitar su etiquetaje en otros conceptos populares (vago, desmotivado, sin interés por aprender, etc.).
- Deben producirse las correspondientes adaptaciones curriculares. Obligarles a leer los textos que les corresponden por curso y comprenderlos, no ayudará a su mejora.
- En los más pequeños es fundamental introducir el juego como un elemento de transmisión y práctica de las habilidades lingüísticas que pretendemos enseñar. El lenguaje se adquiere no sólo en la interacción con las personas, sino también como resultado de las experiencias del niño, especialmente a través de actividades de juego que implican manipular, explorar objetos y juguetes.

- El contexto de trabajo reflejará situaciones y objetos cotidianos para el niño, de forma que se mantenga un ambiente familiar para él. La información obtenida a lo largo de la evaluación nos debe aportar datos acerca de las actividades y rutinas que le gustan y podemos utilizarlas para reforzar y motivarle en los aprendizajes.
- Es posible dada la alta comorbilidad de los trastornos del lenguaje que debamos actuar también sobre otros síntomas conductuales (hiperactividad, rabietas, déficit de atención, etc.) y emocionales (baja autoestima y motivación). No obstante deberemos tener en cuenta que éstas serían secundarias al trastorno del lenguaje y que la mejor forma de tratarlas es mejorando las competencias comunicativas del niño.
- Para poder programar los diferentes objetivos de tratamiento deberemos tener en cuenta el nivel actual de desarrollo del niño y empezar desde ese nivel utilizando los materiales y actividades adecuadas.
- Instruir a los padres para que se involucren en conversaciones adecuadas a las necesidades de su hijo. Normalmente, los adultos cuando se dirigen a los niños modifican su expresión y utilizan un lenguaje simplificado, sencillo y directo. Es necesario regular estas comunicaciones de acuerdo a las pautas que nos interesen establecer y mantenerlas habitualmente.
- Normalmente hay que hablar lentamente y utilizar estructuras redundantes, así como manejar pausas prolongadas entre emisiones. De la misma forma, el contenido fonológico debe caracterizarse por palabras sencillas y de fácil reproducción para el nivel que muestra el niño.
- Hay que evitar en las escuelas la marginación entre sus compañeros y actuar con firmeza si detectamos algún tipo de acoso. Estos niños, según características y gravedad del trastorno, pueden ser objeto de burla fácil.
- Deberemos tener en cuenta que una situación de bilingüismo o plurilingüismo puede comportar dificultades añadidas a estos niños. En los casos más severos, lo más coherente sería centrarse en la lengua principal y obviar las restantes si queremos establecer unas competencias lingüísticas básicas.