



Universidad de Valparaíso
Facultad de Medicina
Magíster en Fonoaudiología Mención Lenguaje

**CONCIENCIA METAPRAGMÁTICA EN NIÑOS ENTRE 7 Y 12
AÑOS QUE PRESENTAN TRASTORNO ESPECÍFICO DEL
LENGUAJE, TRASTORNO POR DÉFICIT ATENCIONAL Y
DESARROLLO TÍPICO DEL LENGUAJE.**

AUTOR

Vanessa Nicole Galindo Delgado

PROFESORA GUÍA

Fonoaudióloga Denisse Pérez Herrera

Viña del Mar, Marzo 2017

AGRADECIMIENTOS

Quisiera agradecer a todas aquellas personas que hicieron posible la realización de esta investigación, entre ellos, funcionarios de los Establecimientos Educativos que participaron del estudio, niños y apoderados. Un agradecimiento especial a la Docente guía, Fonoaudióloga Denisse Pérez, académica de la Universidad de Valparaíso, quien permitió la realización de este estudio brindando sus conocimientos y trabajo destacado en favor de mi titulación como magíster. Finalmente, deseo agradecer a mi familia y novio por el apoyo y amor incondicional que me han brindado no sólo durante el desarrollo de esta tesis, sino que también en todo mi proceso de formación como fonoaudióloga.

INDICE

RESUMEN	6
INTRODUCCIÓN	7
CAPITULO I . MARCO TEÓRICO	9
I. Procesos Cognitivos	9
1. Atención	9
2. Lenguaje.....	14
II. Habilidad Metapragmática	16
1. Metacognición	16
2. Metapragmática	18
3. Conciencia Metapragmática en la realidad Chilena.....	23
III. Descripción de las patologías en estudio	28
1. Trastorno por Déficit Atencional	28
1.1 Diagnóstico	28
1.2 Etiología.....	33
1.3 Características	34
1.4 Comorbilidad	35
2. Trastorno Específico del Lenguaje.....	38
2.1 Diagnóstico	41
2.2 Etiología.....	42
2.3 Características	44
2.4 Comorbilidad	50

CAPITULO II. MATERIAL Y METODOS	53
I. Metodología.....	53
1. Diseño de estudio	53
2. Objetivos del Estudio.....	53
2.1 Objetivo General.....	53
2.2 Objetivos Específicos	54
3. Hipótesis	54
4. Universo y muestra	54
4.1 Universo.....	54
4.2 Muestra	55
4.3 Criterios de selección de la muestra.....	56
5. Instrumento de selección de la muestra	56
II. Instrumento de Evaluación de la muestra	57
1. Instrumento de Evaluación de la Conciencia Metapragmática (CMP).....	57
1.1 Referente Ambiguo	58
1.2 Instrucciones Ambiguas	58
1.3 Diálogo Observado	59
1.4 Criterios de Corrección	60
III. Procedimiento	61
CAPITULO III. RESULTADOS	64
1. Análisis cuantitativo y cualitativo.....	64
CAPITULO IV. CONCLUSIONES Y DISCUSIONES	76
BIBLIOGRAFÍA	81
ANEXOS	90

RESUMEN

Dentro del marco de los trastornos del neurodesarrollo, la presente investigación tuvo por objetivo describir el Desarrollo de la Conciencia Metapragmática en niños de entre 7 y 12 años diagnosticados con Trastorno Específico del Lenguaje (TEL) y Trastorno por Déficit Atencional (TDA), comparados con un grupo control que presentaba Desarrollo Típico (DT), mediante la aplicación del Instrumento de Evaluación de la Conciencia Metapragmática (CMP). Para el logro del objetivo propuesto, se conformó una muestra de 18 niños, definido a partir de una serie de criterios de inclusión y exclusión. Dicha población se seleccionó en dos establecimientos educacionales: colegios Palestina y El Libertador, ubicados en la V Región en la ciudad de La Calera. El estudio y valoración de la conciencia metapragmática se realizó en base a la aplicación del CMP y sus criterios de corrección, los cuales determinaron la interpretación de los resultados.

Los resultados obtenidos señalan que los niños con TEL presentan un comportamiento epipragmático, es decir, interpretan lo escuchado ejecutando una adecuación automática entre la información del contexto y el mensaje lingüístico. Este comportamiento se evidencia en todos los grupos etarios de la muestra estudiada, en comparación con los niños diagnosticados con TDA quienes, a medida que aumenta la edad, manifiestan un desarrollo similar al grupo control, logrando conductas metapragmáticas en la mayoría de los ítems de la prueba. En cuanto a los diferentes tipos de ejercicios que componen la prueba CMP, se observa que, al analizar los resultados no existe diferencia significativa en los ítems de instrucción ambigua ni referente ambiguo entre los grupos TEL y TDA en comparación con el grupo control DT. No obstante, esta diferencia sí se evidencia en el ítem de diálogo observado, resultado que solamente se aprecia entre los grupos TEL y DT. Estos datos demuestran que no todos los ítems presentan el mismo nivel de dificultad para los niños evaluados.

Finalmente, los resultados obtenidos en esta investigación contribuyen a la descripción de la interacción entre la conciencia metapragmatica y dos trastornos del neurodesarrollo: TEL y TDA. Debido a que no se pueden generalizar los resultados de este estudio, como proyección se sugiere realizar una investigación utilizando una muestra mayor que permita un análisis estadístico para corroborar las diferencias en el rendimiento de las diferentes condiciones.

INTRODUCCIÓN

En el ámbito de la Fonoaudiología, se establece que un considerable porcentaje de la población infantil chilena presenta alguna alteración del lenguaje de diferente índole (Villanueva, Barbieri, Palomino, & Palomino, 2008). Debido a esto, es común encontrar cuadros que comprometen el desarrollo del lenguaje y la comunicación, asociados a otras alteraciones de diferentes áreas del neurodesarrollo. De hecho, en nuestra población infantil se observa que el 4% de los niños de entre 3 y 7 años presenta Trastorno Específico del Lenguaje (Villanueva, Barbieri, Palomino, & Palomino, 2008), constituyéndose en uno de los trastornos de la comunicación oral más frecuente en niños preescolares chilenos. Cabe destacar que entre el 30% y el 37% de los menores que son diagnosticados con Trastorno Específico del Lenguaje (TEL) reciben con posterioridad un diagnóstico de Trastorno por Déficit Atencional (Ygual-Fernández, Miranda-Casas, & Cervera-Mérida, 2000), fenómeno frecuente tanto en la práctica clínica como en las aulas de educación especial en Chile.

La evidencia señala que el grado de comorbilidad entre TDA y los trastornos del lenguaje es muy alto, es decir, se ha establecido un intervalo de solapamiento de entre 10% y 80% (Javorsky y cols., 1996; Pineda, Restrepo, Henao, Gutiérrez-Clellen, & Sánchez, 1999). Esto refleja que las habilidades lingüísticas competirían con otras actividades cognitivas del sistema atencional y, por ello, la evolución del lenguaje no sería independiente de la evolución de la atención (Barkley, 1998). Al respecto, se destaca la heterogeneidad del TEL y se señala que estaría asociado a una alteración en las funciones ejecutivas que no se restringe al ámbito lingüístico, demostrando dificultades para cambiar el foco atencional e inhibir las interferencias al realizar una actividad (Quintero, Hernández, Verche, Acosta, & Hernández, 2013). En cuanto al TDA, un estudio realizado por Ygual-Fernández, Miranda-Casas y Cervera-Mérida en el año 2000, demuestra que estos niños, además de manifestar alteración en la atención, presentan dificultades tanto en la forma como en el contenido del lenguaje.

Como los estudios señalan, en estos trastornos se alteran procesos cognitivos que subyacen a cada diagnóstico: Atención para TDA; y Lenguaje, para TEL. Sin embargo, ambos presentan características que coexisten entre sí, como los factores atencionales. Ahora bien, las investigaciones anteriormente señaladas confirman la relevancia de realizar una investigación que considere el uso del lenguaje, ya que a nivel pragmático se ha

observado que ambos trastornos presentan descendida esta capacidad, manifestando alteraciones en las interacciones comunicativas y en la capacidad de comprender significados figurados (Crespo, García & Montenegro, 2010).

Al respecto, Verschueren, en el año 2000, argumenta que todo uso del lenguaje implica un nivel de conciencia metapragmática, es decir, cada vez que un sujeto construye un mensaje o lo interpreta realiza una serie de elecciones lingüísticas, tomando en consideración el rol mediador de las mentes, tanto del enunciador como del receptor. Por esta razón, se pretende indagar, específicamente, en el desarrollo de esta habilidad en el TDA y TEL, capacidad que incluye la conciencia metalingüística y relaciona aquellas habilidades referidas al autocontrol de procesos cognitivos -incluyendo la atención- y lingüísticos, denominada metacognición (Crespo, García & Montenegro, 2010).

Al determinar las dificultades que subyacen en cada diagnóstico, se deduce que a nivel metapragmático, que es donde los niños deben darse cuenta de los desajustes que ocurren entre el mensaje lingüístico y el contexto donde fue enunciado (Crespo & cols., 2008), también presentarían dificultad, ya que los procesos cognitivos alterados afectarían esta interrelación. Obteniendo como resultado, que tanto los niños diagnosticados con TEL como los que presentan TDA se encuentren en una fase epipragmática a pesar de su edad cronológica. No obstante, estos resultados no se evidenciarían en los niños con Desarrollo Típico del Lenguaje, ya que ellos estarían plenamente en una fase metapragmática.

En los siguientes apartados, se expondrá, en primer lugar, el sustento teórico de esta investigación, comenzando con la descripción de los procesos cognitivos afectados en las patologías estudiadas. Luego, se profundizará en el proceso de metacognición y metapragmática. Posteriormente, se describirán las patologías en estudio: Trastorno por Déficit Atencional y Trastorno Específico del Lenguaje. En el segundo capítulo, se describirá la metodología utilizada para la investigación, presentando los objetivos del estudio, el universo, la muestra seleccionada y la descripción del instrumento. En tercer lugar, se expondrá el análisis de los resultados, tanto a nivel cuantitativo como cualitativo, seguido por la discusión y conclusión de los hallazgos encontrados, donde se destacarán las limitaciones, el aporte y las proyecciones del estudio.

CAPITULO I

MARCO TEÓRICO

En este apartado trataremos los temas relevantes que fundamentan teóricamente esta tesis. En primer lugar abordaremos los procesos cognitivos de atención y lenguaje, por ser los ejes centrales de los trastornos en estudio. En segundo lugar, se ahondará en el proceso de metacognición para dar paso a la habilidad metapragmática y a las distintas investigaciones realizadas en Chile. Para finalizar, describiremos las patologías en estudio; Trastorno por Déficit Atencional y Trastorno Específico del Lenguaje, especificando su definición, diagnóstico, etiología y comorbilidad.

I. Procesos Cognitivos

Se le denomina cognición al conjunto de procesos mediante los cuales la información sensorial entrante (*input*) es transformada, reducida, elaborada, recordada o utilizada (Ríos - Lagos, Periañez & Rodríguez Sánchez, 2000). Así, cognición equivale a capacidad que nos permite desarrollar conocimientos para procesar y asimilar datos, valorando y sistematizando la información a la que se accede a través de la experiencia, la percepción u otras vías. En el sistema cognitivo o sistema general de procesamiento de la información, la percepción vendría a ser el pilar en el que se asientan los procesos cognitivos básicos o simples que son: atención, memoria y aprendizaje, y los complejos que involucran: el lenguaje, pensamiento e inteligencia (Lupón, Torrents & Quevedo, 2006). A continuación se desarrollarán dos procesos cognitivos específicos que son la atención y el lenguaje, los cuales son fundamentales para la posterior descripción de los trastornos del neurodesarrollo abordados en este estudio.

1. Atención

De forma permanente en nuestra vida cotidiana, las actividades que realizamos demandan de una habilidad que nos permita enfocarnos sobre información específica del entorno, pero sin perder la capacidad de atender rápidamente otros estímulos que surjan de manera súbita y que también sean relevantes en un contexto específico. Este proceso

cognitivo, denominado atención, permite la supervivencia día a día y también colabora en el procesamiento de información más compleja.

A lo largo del tiempo el fenómeno de la atención ha sido foco de permanente estudio. Ya en 1890, el psicólogo William James establece una definición que enfatiza la función selectiva de este proceso, mencionado que es la toma de posesión por parte de la mente, de uno entre muchos objetivos simultáneos o series de pensamientos (cit. en Castillo & Paternina, 2005). Esto concluye en el principio indiscutible que la atención implica la selección de determinada información para procesarla detenidamente, impidiendo a su vez que otros datos se sigan procesando (Smith & Kosslyn, 2008). Posteriormente, Posner y Boeis, en el año 1971 establecieron que la atención constaba de tres componentes: orientación sensorial, procesamiento enfocado de estímulos y estado de vigilancia (Smith & Kosslyn, 2008).

Las investigaciones sobre el mecanismo de la atención surgen debido al interés por dilucidar cómo funciona este proceso cognitivo, estableciéndose así diferentes modelos explicativos. Los primeros intentos descritos en los inicios de la psicología moderna hacen referencia a un mecanismo de control activo que favorece la selección de información, ya que solo se podría procesar un número limitado de estímulos (Broadbent, 1958; Treisman, 1964). Luego, estudios posteriores señalan que existe un análisis de relevancia semántica del estímulo en el cual está enfocada la atención (Norman, 1968), de esta forma, toda la información que ingresa por vía sensorial pasa por las etapas de procesamiento hasta alcanzar su representación en la memoria.

Actualmente, una reconceptualización de la atención la define como un proceso de alta complejidad, pero no necesariamente rígido, la sitúa como un elemento que permite al sujeto adaptarse a las necesidades y exigencias emergentes. En los últimos años se le ha otorgado un rol preponderante como mecanismo central de control de los sistemas de procesamiento de la información, asociando una base neuroanatómica que subyace a la función. Se identifican procesos facilitatorios e inhibitorios, asociados al modelo propuesto por Posner y Raichle (1994), el cual describe las redes atencionales. Este modelo en el último periodo ha sido considerado como una base sólida y con amplio apoyo experimental (Castillo & Paternina, 2005).

Este modelo explica la atención a través de tres sistemas que se encuentran estructuralmente separados, pero funcionalmente relacionados: sistema posterior, sistema anterior y sistema de vigilancia. (Posner & Petersen, 1990; Posner & Dehaene, 1994). El primero tiene por función dirigir la atención hacia el plano visual donde están los estímulos objetivos, ya que en el espacio que nos rodea existe constantemente nueva información. Las operaciones que permiten mover la atención de una localización a otra son: *desenganche*, movimiento y *enganche*. El *desenganche* consiste en desatender un objetivo para atender otro (lóbulo parietal). En la operación de *movimiento*, los sistemas atencionales se relacionan ampliamente con los movimientos oculares y la zona neuroanatómica asociada son los colículos superiores. Finalmente, la operación de *enganche* se presenta cuando la atención se ha situado en la posición que se encuentra el objetivo y así se facilita el procesamiento de ese estímulo a nivel más complejo. De esta forma, se activa la función del sistema anterior, la que consiste en detectar y hacer consciente el objetivo que ha sido identificado por la red posterior. Detectar este estímulo implica reconocer la identidad del mismo y llevar a cabo las directrices para realizar la tarea específica que demande, por lo que se puede definir como una red ejecutiva muy interrelacionada con los postulados de Baddeley (2012) de la memoria de trabajo. Por último, el sistema de vigilancia tiene la importante función, como su nombre lo indica, de vigilar la aparición de estímulos infrecuentes, manteniendo un estado de alerta activo (Funes & Lupiáñez, 2003; Castillo & Paternina, 2005).

Al tener conocimiento de este modelo, queda en manifiesto que la atención no es un sistema unitario, sino un conjunto de procesos integrados que intervienen en el procesamiento cognitivo en todos los niveles, desde la entrada sensitiva hasta la salida motora (Colmenero, Catena & Fuentes, 2001). Existe en la literatura una multitud de términos que definen diferentes tipos o aspectos de la atención. Los más comunes son la vigilancia y la atención sostenida; la orientación y la atención selectiva; y la atención dividida, íntimamente ligada a la atención ejecutiva (Slachevshy, Pérez & Peña, 2006).

La *vigilancia* y la *atención sostenida* incluyen la capacidad de lograr el estado de alerta frente a un determinado estímulo y mantenerlo en el tiempo, así como, también detectar y responder a estímulos impredecibles o no esperados (Colmenero, Catena & Fuentes, 2001).

La *orientación*, que corresponde a la atención selectiva, consiste en la capacidad de focalizar voluntaria o involuntariamente la atención en un subconjunto reducido de estímulos seleccionados entre una gran cantidad de candidatos en función de su intensidad y relevancia ecológica (Ríos - Lagos, Periañez & Rodríguez Sánchez, 2000).

La *atención dividida* se asocia a los procesos de distribución o división de la atención, e implica monitorizar varios estímulos al mismo tiempo e incluso realizar varias tareas simultáneamente. En otros términos, la atención dividida corresponde a la capacidad de distribuir o dividir la atención entre dos o más estímulos. Un ejemplo de esto es la labor de una secretaria que mantiene una conversación por teléfono mientras redacta una carta en su computador. La atención dividida y la realización simultánea de diferentes acciones tienen su costo, pues el rendimiento en las tareas realizadas simultáneamente es inferior al que se obtendría si se las realizara separadamente. La baja de rendimiento depende del grado de similitud entre las tareas, del nivel de exigencia sobre las capacidades cognitivas solicitadas por cada tarea y del grado de práctica en las diferentes actividades (Slachevshy, Pérez & Peña, 2006).

La atención dividida está estrechamente relacionada con la *atención ejecutiva*. Este componente de la atención interviene en situaciones que implican planificación, toma de decisiones, detección de errores, respuestas a eventos nuevos e inhibición de acciones automática. Permite supervisar y resolver conflictos entre procesos que ocurren en diversas áreas del cerebro e interviene en la coordinación de la realización de varias tareas simultáneamente. De igual forma, actúa desde los procesos de selección de estímulos sensitivos relevantes para el logro de metas hasta los procesos de selección de acciones que permiten la realización de las mismas, manteniendo una flexibilidad que posibilite priorizar los objetivos en función de los acontecimientos. Este tipo de atención es parte de la función ejecutiva, que involucra una serie de procesos subyacentes al control de la conducta, a la asignación de los recursos cognitivos, a la evaluación del progreso de la conducta y a la ideación y planificación de actividades dirigidas hacia una meta. Sin embargo, no interviene en toda clase de acciones, sino sólo en aquellas cuya correcta realización depende de un alto grado de atención, es decir, aquellas que necesitan una correcta planificación y la monitorización de los resultados intermedios y/o finales que permitan planificar los pasos futuros (Smith & Kosslyn, 2008).

Desarrollo de la atención

A los seis meses de edad, un bebé sano y sin problemas auditivos fija la mirada sobre los ojos y la boca de la persona que le habla. Sin embargo, un bebé sordo parece estar también atento a los gestos manuales y corporales del hablante. ¿Cómo saben los bebés a qué prestar atención? Aparentemente, el humano está dotado muy precozmente de mecanismos que le permitirán focalizarse en aspectos relevantes de su medio, haciendo posible el desarrollo de diversos aprendizajes. Tal como se ha mencionado, los procesos atencionales pueden ser agrupados en tres tipos: la vigilancia, la orientación y la atención ejecutiva. Las propiedades de los diferentes tipos de atención han sido extensamente descritas en modelos cognitivos y neurobiológicos en el adulto (Posner & Petersen, 1990). Sin embargo, poco se sabe sobre lo que ocurre en los bebés y niños antes de alcanzar la adultez. Durante el desarrollo, la atención cambia en función de la edad, como también en función de las experiencias a las que el niño está expuesto. Al nacer, los bebés se orientan hacia estímulos particularmente salientes, como los rostros o la voz humana (Gómez Pérez, Ostrosky Solís & Próspero García, 2003). Luego del segundo año de vida, el proceso de la orientación está asociado al desarrollo de otros aspectos de la cognición, como la motivación, así como también a sistemas sensoriales dirigidos hacia eventos ambientales relevantes. En los siguientes años, los bebés desarrollan la atención sostenida, que les permite caracterizar con mayor detalle los estímulos y crear expectativas respecto a los eventos asociados a su aparición, implicando un avance en el procesamiento selectivo de la información asociado a conductas psicológicas específicas, su mayor desarrollo se logra entre los 18 meses y los 7 años. El incremento de la atención en la niñez y adolescencia está representado por el avance en el desarrollo de la atención ejecutiva, que se refleja en la habilidad de los niños de idear, integrar y organizar los aspectos atendidos en su conducta dirigida hacia una meta o hacia la resolución de conflictos (Slachevshy, Pérez & Peña, 2006). En el próximo apartado se profundizará en la definición, componentes y funciones del lenguaje, proceso cognitivo complejo fundamental para esta investigación.

2. Lenguaje

El lenguaje humano ha sido estudiado desde múltiples puntos de vista, y desde épocas muy tempranas (Beorlegui, 2007). La mayoría de las definiciones concuerda en que es una facultad propiamente humana que permite el intercambio de información, es decir, la comunicación. Sapir en 1949, señala que el lenguaje es un método exclusivamente humano, no instintivo, necesario para comunicar ideas, emociones y deseos por medio de un sistema de símbolos que son ante todo auditivos producidos por los órganos del habla. Por otra parte, la comunicación no es exclusiva de la especie humana, ya que se da en muchas especies animales, a través de distintas formas, pero de manera limitada que les permiten comunicarse de un modo más bien básico. No así en el hombre, donde encontramos la capacidad de poder comunicarnos a través de distintos sistemas (gestual, escrito, etc.) y especialmente, a través de signos vocales (lenguaje oral), medio que nos permite un intercambio de información de una forma más libre y que es sin duda, es el sistema más complejo (Navarro, 2003).

En cuanto a los términos lenguaje y comunicación, mencionados anteriormente, Bermeosolo (2012) hace referencia a que son conceptos estrechamente relacionados entre sí, siendo el primero “instrumento” del segundo y se pueden entender de varias maneras: lenguaje, en primer lugar, se utiliza para designar la capacidad o facultad del ser humano de comunicarse y de representar la realidad mediante signos. Es el sentido que cobra el término cuando se afirma que el hombre es un ser dotado de lenguaje o que el hombre se distingue del animal por la posesión del lenguaje. Por otro lado, el término lenguaje se utiliza para aludir a la capacidad de simbolizar y de comunicarse mediante signos (símbolos) convencionales como a las formas de simbolización y comunicación específicas. Dentro de estas formas, se distingue entre lenguajes verbales y no verbales (gestuales, de señales con banderas, sonidos u otros medios, artísticos, etc.).

Estas características específicas propias de la especie humana contribuye a construir la vida en sociedad, al conocimiento del mundo, aprendizaje y a la transmisión cultural. Es por esto, que el desarrollo del lenguaje es complejo, implica una serie de habilidades que lo convierten en un fenómeno multidimensional, estrechamente ligado al desarrollo de otros

aspectos, como el psicomotor, las funciones psicológicas y también las sociales (De Barbieri, Schonhaut, Maggiolo, Rojas & Salgado, 2007).

El lenguaje, desde este punto de vista, se considera un sistema de signos que permite representar la realidad, estando compuesto por elementos arbitrarios con una organización interna cuyas combinaciones responden a reglas fijas. Además, se caracteriza por su convencionalidad, es decir, son razones de tipo social las que inciden en la estructura de una determinada lengua (Jiménez Rodríguez, 2010).

El desarrollo cognitivo desde el nacimiento se produce de forma no lineal, al igual que el resto de las dimensiones evolutivas; física, moral, social, etc. Produciéndose también el lenguaje “a saltos” en todos los componentes (forma, contenido y uso). Para una mejor identificación de estos componentes, se hará referencia a cada uno de ellos por separado, aunque dentro del proceso comunicativo funcionen de manera interdependiente (Díez, Pacheco, Caso & García, 2009)

Formales:

- Sintaxis: Se refiere al orden, estructura y relaciones de las palabras dentro de la oración. No es suficiente por ejemplo que el niño conozca los significados individuales expresados por ejemplo por los conceptos “pelota”, “niño”, “jugar”, sino que además sean capaces de asociar estos significados a su función dentro de la oración.

- Morfología: Referida a la estructura interna de las palabras desde el punto de vista de sus formas, proporciona reglas para combinar morfemas en palabras, siendo un morfema la unidad lingüística más pequeña con significado propio.

- Fonología: Se relaciona con la producción de los sonidos que componen la lengua y se desarrolla desde que el bebé nace, pasando por diferentes etapas: llanto, grito, vocalizaciones, balbuceo, imitación del lenguaje, constitución de las primeras palabras. A través de estas etapas, el niño prueba, analiza y clasifica los sonidos de su lenguaje.

De contenido:

- Semántica: Se relaciona con el significado de las palabras y de las combinaciones de palabras. Su desarrollo se ve influenciado de manera importante por las interacciones sociales del menor y por las características culturales del medio que le rodea.

Antes de que el niño pueda emitir las primeras palabras es capaz de reaccionar al lenguaje que escucha en su entorno y de asociar imágenes mentales que luego se generalizarán para formar conceptos. Así, el infante va almacenando conceptos que aunque comprende en su totalidad, no puede aún expresar y que darán lugar a la formación de su lenguaje interior.

De uso:

- Pragmática: Se refiere al uso del lenguaje en diferentes contextos sociales y comunicativos, es decir, regula el uso intencional del lenguaje para su correcta utilización en los contextos y momentos adecuados.

Se puede apreciar entonces, que el lenguaje es un complejo sistema que posee diversos componentes relacionados con los fonemas, el modo en que se construyen y agrupan las palabras, el significado, el vocabulario y con la forma correcta de decir algo en el momento apropiado con el fin de lograr un propósito concreto. El dominio de la lengua implica entonces, no sólo el logro de competencia lingüística (dominio de la fonología, la semántica y la sintaxis), sino también de competencia comunicativa, es decir habilidad para adaptar el lenguaje a las demandas sociales y comunicativas de cada situación.

II. Habilidad Metapragmática

1. Metacognición

La metacognición es una de las áreas de investigación que más ha contribuido a la configuración de las nuevas concepciones del aprendizaje y de la instrucción. A medida que se han ido imponiendo las concepciones constructivistas del desarrollo y de aprendizaje, se le ha otorgado un papel creciente a la conciencia que tiene el sujeto y a la regulación que puede ejercer sobre su propio aprendizaje al realizar una actividad (Carretero, 2001).

Uno de los pioneros en utilizar este término fue John Flavell (1976), quien afirmó que la metacognición, por un lado se refiere al conocimiento que uno tiene acerca de los propios procesos y productos cognitivos o cualquier otro asunto relacionado con ellos y, por

otro, a la supervisión activa y consecuente regulación y organización de estos procesos, en relación con los objetos o datos cognitivos sobre los que actúan, normalmente en aras de alguna meta u objetivo concreto (Jaramillo & Osses, 2008). En otras palabras, el autor identifica a la metacognición con el conocimiento de la actividad cognitiva y con el control que se puede ejercer sobre ella. Así, por ejemplo, se practica la metacognición cuando se advierte que se debería tomar nota de algo porque puede olvidarse; cuando se tiene conciencia de la mayor dificultad para aprender un tema que otro; cuando se piensa que es preciso examinar todas las alternativas en una elección múltiple antes de decidir cuál es la mejor, etc.

Este investigador propone un modelo donde se identifican dos dominios metacognitivos: el del conocimiento metacognitivo y el de la experiencia metacognitiva. El primero se refiere a los conocimientos que tienen los sujetos sobre la cognición, referido a lo que saben las personas respecto a sus capacidades o a la de otras personas ya sea en lo intraindividual, interindividual o universal. En relación con tareas, es decir, el conocimiento sobre demandas y exigencias que conlleva determinada actividad. Y en lo que refiere a las estrategias, es el conocimiento sobre qué táctica utilizar para lograr un objetivo y cómo controlar su eficacia o pertinencia según las circunstancias. En cuanto al segundo dominio metacognitivo, las experiencias metacognitivas son definidas por Flavell como las sensaciones que experimenta conscientemente un sujeto que está llevando a cabo un proceso cognitivo: darse cuenta del grado de dificultad de una actividad que se está realizando, o tener la sensación de que la vía elegida para resolverla es inadecuada, o por el contrario, sentir que se está muy cerca de alcanzar el objetivo, etc. (Lacón de Lucía & Ortega, 2008).

Según Argüelles (2010), la regulación de los procesos cognitivos involucra: planificación, supervisión y evaluación, que se ponen en marcha con objetivo de asegurar el logro de las metas mediante el control de la actividad cognitiva, generando aprendizajes significativos. En la planificación, se crean y preparan las acciones que se van a ejecutar, terminando con la elaboración de un plan de acción; se lleva a cabo antes de realizar la tarea. Durante la supervisión, se analiza el progreso de la actividad cognitiva, se comprueban los avances y se toman medidas correctivas con el fin de dirigir los esfuerzos hacia el logro de los objetivos. Finalmente, la evaluación está enfocada a corroborar las

metas cumplidas y a identificar los problemas producidos durante el proceso, con el objetivo de generar nuevas acciones o utilizar nuevas estrategias que hagan posible el logro de las metas propuestas, lo cual se lleva a cabo al terminar la tarea.

Como queda en manifiesto, la metacognición es la conciencia que logramos de nuestros procesos cognitivos y la capacidad que desarrollamos para su adecuada regulación. Producto de esto, existe una relación entre la metacognición y el metalenguaje, donde Carretero (2001), atribuye la capacidad metalingüística a otras actividades relacionadas con procesos cognitivos generales, es decir, entiende que lo metalingüístico necesita de una base cognitiva que permite seleccionar, analizar, atender y examinar aspectos del lenguaje. Esto queda en evidencia cuando en el discurso de los sujetos se hacen reflexiones en el orden de lo lingüístico.

Desde la perspectiva psicolingüística, la capacidad de metalenguaje se sitúa como una actividad reflexiva sobre el lenguaje; la cual es parte de las capacidades metacognitivas (Arévalo, Mesa, Flórez, Torrado, Mondragón & Pérez, 2005). Esta perspectiva se basa en el supuesto de que el lenguaje es un objeto del pensamiento, por lo cual, se analiza para inferir procesos cognitivos que subyacen al mismo lenguaje, como es el caso de la actividad cognitiva que permite que los sujetos posean una capacidad metalingüística (Gombert, 1992 & Van Kleeck, 1994 citado en Arévalo, Mesa & cols., 2005). Esta capacidad, definida por Díaz (2006) como el conocimiento que se posee acerca del lenguaje, se divide en cuatro niveles que posibilitan el control y la manipulación del lenguaje de manera cognitiva, estas son: conciencia fonológica, conciencia semántica, conciencia sintáctica y conciencia pragmática siendo esta última el tema central de esta investigación.

2. Metapragmática

La conciencia metapragmática es definida por Gombert (1992) como la conciencia y conocimiento que un sujeto posee acerca de las relaciones que existen dentro del sistema lingüístico, así como de las que se dan entre este sistema y el contexto en el cual el lenguaje se inserta. En este marco conceptual, lo metapragmático incluiría el control intencional de los parámetros lingüísticos que determinan la eficiencia del mensaje, en concordancia con aspectos extralingüísticos de la situación en la cual el enunciado se presenta, es decir,

implica el ajuste del emisor o destinatario del enunciado con los parámetros contextuales en el cual este se produce. Dicha habilidad le permitiría al hablante lidiar con usos cada vez más sofisticados del lenguaje y estaría basada en un conocimiento cada vez más creciente respecto del sistema lingüístico y de las convenciones de su uso (Verschueren, 2000; Levorato & Cacciari, 1992).

En esta medida, la noción anterior difiere de la función metalingüística que propone Jakobson (1975), entendida como aquella capacidad del lenguaje para referirse a sí mismo. Unida a la adquisición lingüística de cada individuo, la conciencia metalingüística posee un momento de evolución propio. No se da en forma plena cuando empieza la adquisición de un idioma, sino que es un fenómeno relativamente tardío (Nippold, 1998). Así, diversos autores (Puyuelo & Rondal, 2005; Crespo & Alfaro 2009) señalan que esta comienza a desarrollarse en la edad escolar, cuando los sujetos muestran un avance importante en el manejo del lenguaje inferencial, atribuido a un uso reflexivo del lenguaje.

Ahora bien, para explicar el desarrollo de la conciencia metalingüística se han esbozado dos posibles teorías; una apoyada por psicólogos de línea Piagetana y otra por las teorías psicolingüísticas más modularistas al estilo de Karmiloff-Smith (1992). Los primeros fundan su hipótesis atribuyendo el desarrollo de la capacidad metalingüística al desenvolvimiento de la regulación general del sistema cognitivo; los segundos especifican que el desarrollo de esta capacidad dependería exclusivamente del lenguaje.

En el primer grupo encontramos autores como Van Kleeck (1994), quien postula que los avances del funcionamiento lingüístico se desarrollan al mismo tiempo que las del desarrollo cognitivo, es decir, que las habilidades metalingüísticas evidenciadas por los niños se relacionan directamente con la etapa de desarrollo cognitivo en la que se encuentran. Estos postulados, como se mencionó anteriormente derivan de la teoría de Piaget (1987) relacionada con los estadios de desarrollo cognitivo y han sido adaptados por Levy (1999) y Van Kleeck (1995) para explicar el desarrollo de la capacidad metalingüística (Crespo *et al.*, 2008; Flórez-Romero, Torrado-Pacheco & Magnolia Mesa, 2006). Según Piaget (1987) el pensamiento de los niños preescolares presenta dos características fundamentales, la centración y la irreversibilidad. La primera, según Flórez (2006), los niños solo fijan su atención en un aspecto durante una determinada situación, en

el caso de la comunicación se concentrarían en el aspecto más esencial: el significado literal comunicado, en otros casos, para mantener la fluidez de la comunicación, los niños se fijarían en la forma de éste, pero no en ambas al mismo tiempo. La segunda característica que estaría influyendo en este desempeño es la irreversibilidad, la cual supone que los sujetos que se encuentran en la edad preescolar no pueden ir de un paso A a un paso B y luego volver al paso A, por lo tanto, solo manejarían la forma o el significado sin poder devolverse en el discurso del hablante para estudiarlo. Debido a estas dos características los sujetos poseen un desempeño metalingüístico escaso, ya que los niños están impedidos de separar estos dos aspectos: la forma y el significado del lenguaje para ser analizados. Según Van Kleeck (1995), esto es superado cuando los sujetos pasan a una nueva etapa del desarrollo cognitivo.

El segundo grupo, propone que el surgimiento de lo metalingüístico depende exclusivamente del desarrollo del lenguaje, está representado por Gombert (1992) y Karmiloff-Smith (1992). Frente a la noción de etapas propuestas por Piaget (1987), estos autores coinciden en que el desarrollo lingüístico y el metalingüístico ocurren en fases recursivas de manera que un sujeto puede estar transitando varias a la vez. Concretamente, los autores identificarían tres fases: la primera sería la adquisición de habilidades iniciales, la segunda la fase epilingüística y, la última, la fase metalingüística. Para Crespo (2008) estas fases estarían funcionando como un espiral y el paso de una a la otra se daría de forma progresiva y paulatina, por lo cual no es necesario completar una fase para pasar a la otra.

Partiendo de lo definido a nivel metalingüístico en general, Gombert (1992) considera que todos los niños usuarios de una lengua adquieren la conciencia metapragmática en fases distintas y que se iría logrando de manera más adecuada a medida que aumenta la edad de los sujetos. Ante esta afirmación, el autor plantea que existirían dos fases recursivas que se presentarían en el desarrollo de la conciencia metapragmática las cuales serían: la fase epipragmática y la metapragmática.

La fase epipragmática surge en edades muy tempranas (dos – tres años) y puede ser descrita de manera similar a la epilingüística, pero sus alcances se restringen a las relaciones entre lenguaje y contexto. En otras palabras, refiere actividades de control que el sujeto lleva sobre su producción y comprensión del lenguaje oral, relacionándolo con los

elementos extralingüísticos, pero dicho control sería inconsciente, por lo cual podría fallar. Constituiría una fase anterior a un uso reflexivo más deliberado y explicitable propio de lo metapragmático. Cuando da respuestas enmarcadas en esta fase, el niño no discrimina explícitamente entre lo verbal y lo no verbal, lo ve como un todo indiferenciado. Sin embargo, esta indiferenciación no implica necesariamente muchos errores en el uso, porque el pequeño realiza ajustes automáticos entre ambos tipos de información; sólo comete algunos errores de interpretación cuando dicha relación no es clara. De esta manera, puede fallar en la comprensión al enfrentarse a enunciados cuya relación con el contexto no es totalmente evidente, como el caso de las ironías o las frases hechas metafóricas no familiares.

Por otro lado, la fase metapragmática se presentaría alrededor de los seis y siete años de edad desarrollándose hasta la adolescencia e involucraría conciencia verbalizable de la diferencia entre lo lingüístico y lo contextual, en consecuencia, un control reflexivo de esta relación en una determinada situación de comunicación. Cuando empieza a manejarse metapragmáticamente, el sujeto es capaz de explicar las relaciones forma lingüística/contexto en la producción e interpretación de los mensajes lingüísticos y, paralelamente, se produce el desarrollo de su capacidad de comprender formas no literales como la metáfora y la ironía. Para Gombert (1992) el acceso a esta fase está muy relacionado con el aumento en la capacidad de la memoria operativa. Afirmación que se sustenta empíricamente en el estudio realizado por Crespo y Alvarado (2010), donde se comprueba que el incremento de la conciencia metapragmática no dependería solamente del desarrollo lingüístico de los individuos, sino también de un crecimiento de los sistemas cognitivos involucrados en el almacenamiento y procesamiento de la información. Es decir, los niños de mayor edad procesan mejor que los menores, porque su capacidad de procesamiento ha evolucionado.

En lo que respecta a memoria operativa, estos resultados estarían de acuerdo con lo propuesto por Papazian, Alfonso y Luzondo (2006), en el sentido de que esta capacidad comienza a manifestarse entre los siete y ocho años de edad, alcanzando su máximo desarrollo alrededor de los 11 años. Respecto de la conciencia metapragmática, Crespo (2008) señala que los niños de ocho años todavía apoyan muchas de sus respuestas en un ajuste automático epipragmático. Incluso en aquellos casos en los cuales son observadores

y por ende se encuentran en mejores condiciones de ver dicho desajuste, ellos logran señalar el problema, pero no su origen. Por este motivo, la habilidad metapragmática no se aplica en forma sistemática a todas las situaciones; un sujeto podrá evidenciar un nivel de comprensión-producción lingüística evidentemente metapragmático en ciertas situaciones y uno epipragmático en otras. Es decir, el control consciente característico de esta fase no se da sólo con la edad; un niño mayor de seis años no da respuestas metapragmáticas todo el tiempo, sino que éstas dependerán de la complejidad tanto del mensaje lingüístico como del medio contextual en el cual éste tiene lugar y con el cual se relaciona.

Para completar esta noción de metapragmática, es necesario acudir a la visión de Verschueren (2000), quien plantea el término “conciencia metapragmática” como el uso del lenguaje respecto al medio de adaptabilidad. Este autor señala que la conciencia reflexiva puede ser tan importante que se convierte en un precursor del desarrollo del lenguaje. Dos años después, Verschueren (2002) agrega que el emisor de los enunciados selecciona determinadas unidades lingüísticas, mientras el destinatario interpreta esas elecciones acorde a un contexto determinado. Portolés (2004), por su parte, aclara el concepto y delimita a la metapragmática como la capacidad que posee el sujeto para provocar en el interlocutor un estado mental acorde con la intención comunicativa, eligiendo ciertas posibilidades lingüísticas, donde cada una representa una reflexión sobre el propio lenguaje.

Un aspecto relevante propuesto por Verschueren (2002) es la determinación de señales que permiten al usuario de la lengua ajustar los rasgos lingüísticos de los no lingüísticos, denominándolos “indicadores de la conciencia metapragmática”, los cuales, pueden funcionar de tres formas en el lenguaje en uso. Por una parte, los “mecanismos de anclaje” localizan formas lingüísticas en relación al contexto y cambian según éste también lo haga (deícticos). Esta habilidad requiere un proceso consciente por parte del sujeto, pues debe relacionar los signos lingüísticos con los diferentes contextos que se den en la situación comunicativa. Por otra parte, describe a las señales o marcadores de interpretaciones reflexivas que los usuarios del lenguaje realizan en sus actividades, señalando a modo de ejemplo a los indicadores léxicos (adverbios oracionales entre otros). Por último, las claves de contextualización las relaciona con los aspectos paralingüísticos del lenguaje, como cambios prosódicos, sonidos o gestos (Verschueren, 2002).

3. Conciencia Metapragmática en la realidad Chilena

Antes de culminar es necesario mencionar que existen variadas tesis que se han efectuado con el objetivo de conocer el desarrollo de la conciencia metapragmática en distintos ámbitos. Una de estas fue realizada por Baack, Monsalve, Muñoz, Ramos & Robles en el año 2007, quienes caracterizaron el desarrollo de la habilidad metapragmática comprensiva en niños con y sin Trastorno Específico del Lenguaje Mixto, del rango etario de 8 a 8 años 11 meses. Para este fin, confeccionaron una Prueba Receptiva de Habilidad Metapragmática (PRHAM), la cual fue aplicada a 22 sujetos con TEL Mixto y a 61 sin esta patología. Donde los resultados obtenidos arrojaron que el grupo con TEL Mixto logró un 27,88% de dominio del instrumento, mientras que los individuos sin TEL alcanzaron un 47,4%. Diferencia que les permitió concluir que las respuestas de los niños con TEL Mixto reflejan un comportamiento epipragmático; en cambio, las de sus pares sin TEL demuestran que están en proceso de adquisición de la habilidad metapragmática. Concordando con lo planteado por Gombert (1992), quien señala que dicha habilidad comienza a desarrollarse alrededor de los seis a siete años finalizando en la adolescencia.

Al realizar un análisis de los resultados, se encontró que el ítem de menor dificultad para ambos grupos fue el de diálogo observado; la respuesta más frecuente correspondió a la identificación de la ambigüedad presentada en la escena y a atribuirla al interlocutor incorrecto. En otras palabras, sostienen que los niños con y sin TEL Mixto, en su mayoría, reconocen que el contexto y el mensaje lingüístico no concuerdan, pero son incapaces de captar la fuente de desajuste. En la tarea de instrucciones ambiguas, los sujetos con TEL Mixto fueron incapaces de reconocer las ambigüedades presentadas; en contraposición, los niños sin TEL presentaron un desempeño significativamente mejor que sus pares; ello se podría explicar por las limitaciones que presentan los niños con TEL para procesar grandes cantidades de información, traduciéndose en respuestas inadecuadas a las órdenes entregadas. Finalmente, la tarea de referente ambiguo presentó la mayor dificultad para ambos grupos; en ocasiones, fueron incapaces de identificar la ambigüedad de los ejercicios. Para las autoras, esto se contrasta con lo propuesto por Gombert (1992), pues de acuerdo a sus investigaciones, en el rango etario en que se realizó esta investigación los menores ya deberían ser capaces de manejar las ambigüedades referenciales de su entorno.

Sin embargo, mencionan que se mantuvo el patrón de un mejor desempeño por parte de los niños sin TEL, triplicando el porcentaje de logro de sus pares con patología (Baack & Cols., 2007).

Las conclusiones obtenidas por las investigadoras señalan que los sujetos sin TEL no lograron un dominio total de la habilidad metapragmática receptiva en el rango etario estudiado, lo cual indicaría que esta habilidad se encuentra aún en desarrollo. En lo que respecta a los niños con TEL Mixto, señalan que la homogeneidad de su desempeño puede deberse a la semiología lingüística similar que comparten. Además, sugieren dos posibles explicaciones acerca de por qué la habilidad metapragmática se encuentra más descendida en los niños con TEL Mixto que en sus pares. Por un lado, sostienen que el déficit comprensivo característico del trastorno podría justificarlo y, por otro, que podría ser producto del deterioro en la memoria a corto plazo, lo cual tendría como efecto un déficit en el desarrollo metapragmático (Baack & Cols., 2007).

En esta investigación, Baack y Cols. (2007) concluyen que innegablemente los niños con TEL Mixto poseen un menor dominio metapragmático que sus pares sin TEL. Afirman que las dificultades presentadas por los niños con el trastorno no sólo se deberían a la vertiente expresiva y comprensiva del lenguaje, sino también a la incapacidad para distinguir lo lingüístico de lo no lingüístico en la comunicación oral. Asimismo, tendrían dificultades para establecer relaciones entre ambos aspectos, lo cual limitaría la evolución de una fase epipragmática a una metapragmática. De esta manera, los sujetos con TEL Mixto se encontrarían en una mayor desventaja al no poseer un manejo funcional e inferencial más complejo que contribuya al posterior desarrollo de su lenguaje.

Por otra parte, un asunto importante a considerar en el desarrollo de la conciencia metapragmática, es el factor social. Las investigaciones sociolingüísticas han informado acerca de los factores sociales que influyen en las variaciones lingüísticas, tales como la edad, el sexo y, en especial, el estrato sociocultural al que pertenecen los sujetos. En relación al factor social, Bernstein (1985) plantea que la variación lingüística mantiene una estrecha relación con el rendimiento escolar, basándose en que el lenguaje sería el motivo principal del fracaso escolar en los niños menos favorecidos. Respecto a esto, postula la Teoría del Déficit que plantea la existencia de un código restringido, que sería utilizado por

todos los hablantes, y un código elaborado, que estaría disponible solo para algunos. Es así como Crespo y Rojas (2010), en su tesis “Influencia de la clase social en el desarrollo de la conciencia metapragmática”, concluye que durante los primeros tres años de escolarización formal, es decir, de primero hasta aproximadamente tercero básico, los niños se encuentran mayormente influenciados por las diferencias lingüísticas relacionadas con el estrato sociocultural al cual pertenecen. Sin embargo, a medida que avanzan en su educación, los menores de estratos sociales bajos van adquiriendo el código elaborado que les facilitaría el control consciente del lenguaje, es decir, les permitiría desarrollar la conciencia metapragmática; esto se observa en la nivelación de dicha habilidad en los niños de quinto básico. De igual forma, observan que independiente de la edad y del estrato social al cual pertenezcan los menores, todos ellos presentaron mayor dificultad en el reconocimiento de las ambigüedades referenciales y más facilidad en reconocer instrucciones ambiguas. Concluyendo que los niños que cursan quinto básico (10 años promedio) se encuentran en un proceso de transición entre las fases epipragmáticas y metapragmáticas.

Siguiendo esta misma línea investigativa, Sazo (2008) concluye que en menores de seis años el desarrollo metapragmático es relativamente homogéneo, independiente de que su estrato social sea alto o bajo. La investigadora postula que existe una diferencia mínima que favorece al estrato social alto, explicada a través de la Teoría del Déficit de Bernstein. Sin embargo, al comparar el desarrollo metapragmático de estos niños sin patologías con el desarrollo de menores con Trastorno Específico de Lenguaje Expresivo de su misma edad, observó profundas diferencias. De esta manera, determina que los niños con TEL expresivo se encuentran en una fase epipragmática, lo que es atribuido al déficit lingüístico propio de la patología que interfiere en el proceso normal de la adquisición del lenguaje, que conlleva a un enlentecimiento del desarrollo metalingüístico y, por ende, de la habilidad metapragmática.

Por otro lado, luego de estas investigaciones, en el año 2010, Aranda, Cornejo, Mancilla, Quintero y Ruiz realizaron un estudio que describió el desarrollo de la conciencia metapragmática en 12 niños diagnosticados con Trastorno del Espectro Autista (TEA) Nivel 1 de acuerdo con el DSM - V, dentro del rango etario de 9 a 15 años 11 meses. Respecto a los resultados obtenidos en este estudio, se establece que los niños evaluados

muestran un dominio reducido de la habilidad metapragmática, reflejado en un 31% de las respuestas, en contraposición a un 69% de tipo epipragmático. Asimismo, el desempeño de los sujetos evaluados revela variabilidad en el comportamiento y en las respuestas esperadas. Respecto al desarrollo normal de la conducta metapragmática, como ha sido mencionado anteriormente Gombert (1992) señala que dicho desarrollo comienza alrededor de los seis años de edad, culminando en la adolescencia. No obstante, con los resultados de este estudio se puede plantear que para el caso de los niños con TEA, este supuesto no se cumple, es decir, existe un desfase cronológico de dos a tres años de edad respecto a la adquisición de la consciencia metapragmática (Aranda & cols., 2010).

De acuerdo a lo planteado anteriormente, se considera que una explicación plausible del por qué estos sujetos no presentan un amplio dominio de la conducta metapragmática, correspondería a una alteración en las funciones ejecutivas. En primera instancia, una de estas funciones se manifiesta en dificultades a nivel de flexibilidad mental que se traduce en rigidez, lo que desencadena respuestas sistemáticas reducidas a temas de interés y predisposición a perseverar en sus respuestas ante la resolución de problemas. (Flórez, 2006 & Idiazábal-Aletcha, 2006).

En segundo lugar, otra función alterada se enfocaría en la atención selectiva, expresada en la dificultad para discernir lo que es importante dentro de un contexto e inhibir estímulos no relevantes (Flórez, 2006; Idiazábal-Alecha, 2006 & Maristany, 2002). La evaluación en este estudio se realizó a través del test CMP que es multimedia, por lo tanto, el sujeto accede a la información por tres canales comunicativos: lingüístico, auditivo y visual, lo que le demanda un esfuerzo cognitivo superior, a lo que se le suma la ejecución motora que debe realizar para plantear su duda y/o seleccionar su respuesta. Debido a lo anterior, las autoras mencionan que algunos sujetos evaluados presentaron dificultades ante la actividad demandada, por lo que se debió disminuir la cantidad de estímulos entregados.

Por último y en tercer lugar, la jerarquización, planificación y organización de la información fueron otras de las funciones cognitivas que los individuos manifiestan alteradas (Carretero, 2001; Correa, 2002; Papazian & Luzondo, 2006). Ello incidió en las dificultades presentadas para comprender enunciados complejos y de larga metría, obstaculizando la identificación de lo esencial y relevante del enunciado. De esta manera,

(Aranda & cols., 2010) indican que la evidencia no coincide con los planteamientos teóricos; en otras palabras, se supone ausencia de problemas a nivel comprensivo y de memoria operativa; sin embargo, se ha comprobado lo contrario, específicamente, en la resolución de problemas y en la comprensión de instrucciones complejas, no así en los enunciados simples.

En lo que respecta al comportamiento manifestado por los niños en la aplicación del test, se señala que si bien en cada uno de los ítems se evidenció un comportamiento metapragmático, la conducta que prevaleció fue la de tipo epipragmático. De hecho, los ítems Referente Ambiguo e Instrucción Ambigua presentan el mayor número de respuestas epipragmáticas que indican un comportamiento al azar. Esta conducta se respalda en la teoría antes mencionada referente a la atención selectiva como también a la jerarquización, planificación y organización de información. En cuanto al ítem de Diálogo Observado, la respuesta más frecuente correspondió a la identificación de la ambigüedad, pero atribuyéndola al interlocutor incorrecto. La explicación de este fenómeno se halla en la “teoría de la mente”, la cual plantea que los sujetos poseen dificultades para percibir y, posterior a ello, reflexionar y comprender las sensaciones e intenciones propias y ajenas (Frontera, 2007). En consecuencia, se desprende que las dificultades para realizar los ajustes entre mensaje lingüístico y la información no lingüística se debería más a una alteración a nivel de funciones cognitivas que a nivel lingüístico, propiamente tal (Aranda & cols., 2010).

Siguiendo con la línea de la conclusión del estudio anterior, la presente tesis tiene por objetivo describir el comportamiento de las patologías de Trastorno por déficit atencional y Trastorno Específico del Lenguaje, condiciones en las cuales profundizaremos a continuación.

III. Descripción de las patologías en estudio

1. Trastorno por Déficit Atencional

Históricamente, una de las primeras descripciones del Trastorno por Déficit Atencional (TDA) que se conocen en la literatura médica corresponde al Dr. George Still quien en 1902 reportó a un grupo de niños con dificultades para focalizar la atención y sobreactividad, denominándolo “defecto mórbido del control moral”, en su descripción incluía los términos desafiante, apasionado, rencoroso, sin ley ni inhibición voluntaria. En la misma línea a comienzos del siglo XX, William James, psicólogo estadounidense, propuso la existencia de un defecto neurológico subyacente a lo que denominó “déficit de volición inhibitoria”, “control moral y atención sostenida”; postulando que este déficit provocaría un menor umbral cerebral para la inhibición de estímulos o un síndrome de desconexión cerebral con disociación de funciones intelectuales y conductas sociales (López, Bohme, Förster, Troncoso, Mesa & García, 2006).

En las décadas posteriores encontramos descripciones de pacientes con alteraciones conductuales, hiperactividad, conducta explosiva, dificultades de concentración, fatiga fácil, como secuela de trauma encefálico, apoyando así la posibilidad de una etiología biológica de estas características. Desde estas descripciones iniciales se ha observado un desarrollo lento y sostenido de los conceptos relacionados a los trastornos atencionales, que han sido sucesivamente nominados con términos tales como “síndrome de daño mínimo cerebral”, “trastorno hiperquinético”, “reacción hiperquinética de la niñez” (DSM II, 1968), “trastorno por déficit de atención con y sin hiperactividad” (DSM III, 1980), “trastorno por déficit atencional e hiperactividad” (DSM III-R, 1987), “trastorno por déficit de atención con hiperactividad”, “trastorno por déficit de atención hiperactividad especificado”, “trastorno por déficit de atención con hiperactividad no especificado”(DSM V, 2014).

1.1 Diagnóstico

El diagnóstico de TDA ha sido y continúa siendo clínico, y si bien su conceptualización ha sido cambiante en el tiempo, se reconocen características fenotípicas conductuales cuyos síntomas nucleares son derivados de dificultades de atención, control

de impulsos e hiperactividad. La codificación más aceptada de estos síntomas en la actualidad es aquella propuesta por el DSM V. A continuación se describen los de la última versión revisada y modificada en el año 2014, donde el TDA se le denomina *Trastorno por déficit de atención con hiperactividad*. En el DSM V se clasifica y codifica como:

A. Patrón persistente de inatención y/o hiperactividad-impulsividad que interfiere con el funcionamiento o el desarrollo, que se caracteriza por (1) y/o (2):

1. **Inatención:** Seis (o más) de los siguientes síntomas se han mantenido durante al menos seis meses en un grado que no concuerda con el nivel de desarrollo y que afecta directamente las actividades sociales y académicas/laborales:

Estos síntomas no son sólo una manifestación del comportamiento de oposición, desafío, hostilidad o fracaso en la comprensión de tareas o instrucciones. Para adolescentes mayores y adultos (17 y más años de edad), se requiere un mínimo de cinco síntomas.

a. Con frecuencia falla en prestar la debida atención a detalles o por descuido se cometen errores en las tareas escolares, en el trabajo o durante otras actividades (p. ej., se pasan por alto o se pierden detalles, el trabajo no se lleva a cabo con precisión).

b. Con frecuencia tiene dificultades para mantener la atención en tareas o actividades recreativas (p. ej., tiene dificultad para mantener la atención en clases, conversaciones o la lectura prolongada).

c. Con frecuencia parece no escuchar cuando se le habla directamente (p. ej., parece tener la mente en otras cosas, incluso en ausencia de cualquier distracción aparente).

d. Con frecuencia no sigue las instrucciones y no termina las tareas escolares, los quehaceres o los deberes laborales (p. ej., inicia tareas pero se distrae rápidamente y se evade con facilidad).

e. Con frecuencia tiene dificultad para organizar tareas y actividades (p. ej., dificultad para gestionar tareas secuenciales; dificultad para poner los materiales y pertenencias en orden; descuido y desorganización en el trabajo; mala gestión del tiempo; no cumple los plazos).

f. Con frecuencia evita, le disgusta o se muestra poco entusiasta en iniciar tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (p. ej., tareas escolares o quehaceres domésticos; en

adolescentes mayores y adultos, preparación de informes, completar formularios, revisar artículos largos).

g. Con frecuencia pierde cosas necesarias para tareas o actividades (p. ej., materiales escolares, lápices, libros, instrumentos, billetero, llaves, papeles del trabajo, gafas, móvil).

h. Con frecuencia se distrae con facilidad por estímulos externos (para adolescentes mayores y adultos, puede incluir pensamientos no relacionados).

i. Con frecuencia olvida las actividades cotidianas (p. ej., hacer las tareas, hacer las diligencias; en adolescentes mayores y adultos, devolver las llamadas, pagar las facturas, acudir a las citas).

2. **Hiperactividad e impulsividad:** Seis (o más) de los siguientes síntomas se han mantenido durante al menos seis meses en un grado que no concuerda con el nivel de desarrollo y que afecta directamente a las actividades sociales y académicas/laborales:

Estos síntomas no son sólo una manifestación del comportamiento de oposición, desafío, hostilidad o fracaso para comprender tareas o instrucciones. Para adolescentes mayores y adultos (a partir de 17 años de edad), se requiere un mínimo de cinco síntomas.

a. Con frecuencia juguetea con o golpea las manos o los pies o se retuerce en el asiento.

b. Con frecuencia se levanta en situaciones en que se espera que permanezca sentado (p. ej., se levanta en la clase, en la oficina o en otro lugar de trabajo, o en otras situaciones que requieran mantenerse en su lugar).

c. Con frecuencia corretea o trepa en situaciones en las que no resulta apropiado. (**Nota:** En adolescentes o adultos, puede limitarse a estar inquieto.)

d. Con frecuencia es incapaz de jugar o de ocuparse tranquilamente en actividades recreativas.

e. Con frecuencia está “ocupado,” actuando como si “lo impulsara un motor” (p. ej., es incapaz de estar o se siente incómodo estando quieto durante un tiempo prolongado, como en restaurantes, reuniones; los otros pueden pensar que está intranquilo o que le resulta difícil seguirlos).

- f. Con frecuencia habla excesivamente.
 - g. Con frecuencia responde inesperadamente o antes de que se haya concluido una pregunta (p. ej., termina las frases de otros; no respeta el turno de conversación).
 - h. Con frecuencia le es difícil esperar su turno (p. ej., mientras espera en una cola).
 - i. Con frecuencia interrumpe o se inmiscuye con otros (p.ej., se mete en las conversaciones, juegos o actividades; puede empezar a utilizar las cosas de otras personas sin esperar o recibir permiso; en adolescentes y adultos, puede inmiscuirse o adelantarse a lo que hacen otros).
- B. Algunos síntomas de inatención o hiperactivo-impulsivos estaban presentes antes de los 12 años.
- C. Varios síntomas de inatención o hiperactivo-impulsivos están presentes en dos o más contextos (p. ej., en casa, en la escuela o en el trabajo; con los amigos o parientes; en otras actividades).
- D. Existen pruebas claras de que los síntomas interfieren con el funcionamiento social, académico o laboral, o reducen la calidad de los mismos.
- E. Los síntomas no se producen exclusivamente durante el curso de la esquizofrenia o de otro trastorno psicótico y no se explican mejor por otro trastorno mental (p. ej., trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo, trastorno de la personalidad, intoxicación o abstinencia de sustancias).

Especificar si:

314.01 (F90.2) Presentación combinada: Si se cumplen el Criterio A1 (inatención) y el Criterio A2 (hiperactividad-impulsividad) durante los últimos seis meses.

314.00 (F90.0) Presentación predominante con falta de atención: Si se cumple el Criterio A1 (inatención) pero no se cumple el Criterio A2 (hiperactividad-impulsividad) durante los últimos seis meses.

314.01 (F90.1) Presentación predominante hiperactiva/impulsiva: Si se cumple el Criterio A2 (hiperactividad-impulsividad) y no se cumple el Criterio A1 (inatención) durante los últimos seis meses.

Especificar si:

En remisión parcial: Cuando previamente se cumplían todos los criterios, no todos los criterios se han cumplido durante los últimos seis meses, y los síntomas siguen deteriorando el funcionamiento social, académico o laboral.

Especificar la gravedad actual:

Leve: Pocos o ningún síntoma están presentes más que los necesarios para el diagnóstico, y los síntomas sólo producen deterioro mínimo del funcionamiento social o laboral.

Moderado: Síntomas o deterioros funcionales presentes entre “leve” y “grave”.

Grave: Presencia de muchos síntomas aparte de los necesarios para el diagnóstico o de varios síntomas particularmente graves, los síntomas producen deterioro notable del funcionamiento social o laboral.

Como queda de manifiesto, el diagnóstico se basa en una anamnesis cuidadosa y una hábil observación del paciente, un acucioso diagnóstico diferencial con otras entidades nosológicas que comparten muchos de los síntomas de TDA, y al mismo tiempo considerar la importante comorbilidad que frecuentemente acompaña al síndrome (López, Bohme, Förster, Troncoso, Mesa & García, 2006).

García (2008), señala que el diagnóstico de TDA es un proceso complejo, en el cual se deben considerar todos los factores que interactúan: individual, familiar, sociocultural, en una perspectiva evolutiva o de desarrollo. Sólo al final de este proceso, se concluye una categoría nosológica definida por las clasificaciones internacionales de enfermedades. Estas categorías, han significado un enorme avance para ordenar el conocimiento científico al sistematizar la información de grupos de fenómenos y generar un lenguaje común para la investigación y estrategias de intervención para cada trastorno (López, Bohme, Förster, Troncoso, Mesa & García, 2006).

1.2 Etiología

En la etiología del TDA se han hallado factores genéticos, congénitos, ambientales, alteraciones neuroanatómicas y neuroquímicas (López, Bohme, Förster, Troncoso, Mesa & García, 2006). Los estudios genéticos muestran que existe mayor susceptibilidad de padecer el trastorno en familiares de primer orden (cinco – seis veces más frecuente). Concordancia en gemelos monocigóticos (51 – 86%) y dicigóticos (29 – 33%) (Cornejo, Cuartas, Gómez – Uribe & Carrizosa, 2004). En su origen se señala la combinación de factores genéticos y ambientales tempranos (por ejemplo; consumo de alcohol, tabaco, drogas, estrés durante el embarazo). Si bien en el 50% de los casos se encuentra alteraciones genéticas, debemos tener en cuenta que en muchos casos puede ser modulado por el ambiente.

En cuanto a la etiología neuroanatómica, se ha observado que existe menor volumen cerebral y cerebeloso en los niños con TDA, que correlaciona positivamente con la sintomatología (Castellanos & Acosta, 2002). El circuito anatómico implicado incluye regiones cerebrales prefrontales derechas, estriada, ganglios basales y el vérmix cerebeloso. Existe mayor activación frontal y menos activaciones estriada que en los menores sin TDA (Vaidya et al., 1998). Anatómicamente, el área prefrontal organiza la información, inhibe la respuesta, planifica la conducta y selecciona la atención. En otras palabras se puede decir que hace de “director de orquesta” de la información que llega, dando sentido a pensamiento, sentimiento y conducta.

A nivel neurobiológico, en el TDA parece existir una inmadurez en los sistemas de neurotransmisión monoaminérgicos: existe menos dopamina en las sinapsis (asociada al comportamiento motor y al sistema de refuerzo de recompensa), noradrenalina (asociada a la atención, vigilancia y funciones ejecutivas), serotonina (regulador del estado de ánimo), y GABA, que participa en la regulación del circuito atencional subcortical. Estudios realizados con potenciales evocados cognitivos muestran que los niños con TDA tienen alteradas determinadas etapas del procesamiento cognitivo de la información (Idiazábal, Guerrero & Sánchez, 2006).

Los hallazgos señalan que el TDA está asociado a déficits de las funciones ejecutivas: inhibición de las respuestas, planificación, memoria de trabajo, capacidad de

retrasar la gratificación y la flexibilidad mental, de manera que estarían implicados el cortex prefrontal, el cuerpo estriado y la dopamina (Idiazábal, Guerrero & Sánchez, 2006). Desde el punto de vista ambiental, algunos autores (Erdman, 1998; Newman, 1996 & Clarke, 2002) sugieren que los tipos de apegos inadecuados, especialmente el desorganizado y el inseguro – ambivalente, pueden jugar algún papel etiológico en el TDA.

1.3 Características

El TDA predominantemente inatento, involucra falta de atención y concentración, así como también un comportamiento de distracción (León Urquijo, Jiménez Rojas & Restrepo Ramírez, 2010). Los niños que padecen de este subtipo de trastorno no son excesivamente activos y tampoco interrumpen las clases; más bien ellos típicamente no completan sus tareas, se distraen con facilidad, cometen errores imprudentes y evitan actividades que requieren de trabajo mental continuo y de mucha concentración. Y como no interrumpen, es más probable que dichos síntomas se pasen por alto (Fernández, 2014). Ellos representan aproximadamente el 30% de todos los individuos que padecen TDAH (Ygual-Fernández, Miranda-Casas & Cervera-Mérida, 2000).

La Asociación Americana de Psiquiatría (2016), menciona que los niños diagnosticados con TDA presentan las siguientes características:

- Les cuesta prestar atención a los detalles de las tareas en situaciones cotidianas y escolares, lo que les lleva a no tener en cuenta algunos aspectos de las situaciones, fundamentales para lograr los objetivos pretendidos en cada una de dichas situaciones

- Cometen errores por descuido, como abrocharse mal una camisa, tirar un vaso, copiar mal un enunciado o cometer faltas de ortografía.

- Tiene dificultades en la memoria de trabajo y en retener información nueva. Provocando que presenten alteraciones al mantener la atención en las tareas, sobre todo cuando ésta es monótona y aburrida o requiera un esfuerzo mental. Esto les provoca la pérdida del hilo conductor de la actividad que están realizando y al continuar, no recuerden en qué lugar iban y por ello puedan llegar a saltarse pasos o cometer errores. Al acumular fracasos en su vida escolar, no tener la motivación suficiente y miedo a continuar fracasando, abandonan con facilidad las actividades de mayor complejidad y esfuerzo.

- Parecen no escuchar cuando se les habla. Esto es debido a la cantidad de estímulos externos que les llegan y que no son capaces de discriminar.

- Son descuidados y olvidadizos, perdiendo elementos necesarios tanto para sus actividades escolares (libros, cuadernos, lápices,..) como para su vida personal (lavarse los dientes, peinarse,...).

- Tienen dificultad para prestar atención a dos estímulos distintos al mismo tiempo como pueden ser un estímulo oral (instrucciones, pautas...) y un estímulo visual (esquema, dibujo, datos...) ya que no los procesan a la vez. Por ejemplo, escribir en el cuaderno la información que hay en la pizarra exige al mismo tiempo fijar y retener la información y plasmarla en el papel.

1.4 Comorbilidad

El TDA se acompaña frecuentemente de otros síntomas o trastornos que pueden agravar el cuadro y dificultar su adecuado diagnóstico y tratamiento. Los cuadros comórbidos más frecuentes son:

- Trastornos de Conducta: Hasta un 40% de los niños con TDA manifiestan problemas de conducta, ya sean conductas oposicionistas (conductas de desafío, desobediencia, provocadoras, pero sin llegar a transgredir la norma social), o cuadros antisociales (conductas más agresivas, que transgreden la norma social, y que llevan a un mayor riesgo de graves disfunciones sociales, adicciones, delincuencia, etc.) (Artigas-Pallarés, 2003).

- Trastornos del estado de ánimo: Se encuentra en el 20 – 40% de los casos. Es destacable la baja autoestima, el pobre autoconcepto y la presencia de depresión, esta última favorecida por la experiencia frustrante y fallida a nivel cognitivo, afectivo y social (López, Boehme, Förster, Troncoso, Mesa & García, 2006).

- Trastornos de ansiedad: El 25% de los casos de TDA padecen ansiedad, lo cual puede ser debido a las dificultades que presentan para afrontar estresores y exigencias ambientales. El diagnóstico diferencial es muy importante, pues, los niños con trastornos de ansiedad pueden presentar síntomas semejantes al TDA, es por esto que la evaluación debe ser exhaustiva y con un profesional experimentado (García, 1998).

- Trastorno de aprendizaje: Shaywitz (1991), señala que son trastornos diferentes, pero que es frecuente que se den simultáneamente. El 40% de los niños con TDA repiten curso y es más frecuente el abandono escolar. Las dificultades escolares se manifiestan tempranamente, siendo frecuentes los problemas de lecto – escritura, matemáticas, perceptivo – espacial, motivacionales y de lenguaje (Rapin, 1987).

- Alteraciones perceptivas motrices y praxias constructivas: Peters (1973) destaca la inadecuada modulación de la motilidad; no controla su fuerza, su movimiento y su tono de voz. El control de la motricidad fina es esencial para el aprendizaje, por ello este déficit es uno de los factores que más destaca en los niños con TDA y se observa sobre todo a nivel escolar. Por otro lado, la falta de orientación espacio - temporal conlleva una dificultad muy importante en las actividades, tanto cotidianas como académicas.

- Trastorno del Lenguaje: Un estudio realizado por Ygual-Fernández, Miranda-Casas y Cervera-Mérida en el año 2000, demuestra que los niños diagnosticados con TDA además de manifestar alteración en la atención presentan dificultades tanto en la forma y el contenido del lenguaje; los niveles fonéticos – fonológicos y gramaticales, referidos a la forma lingüística, están afectados probablemente por una dificultad atencional y del control inhibitorio de estímulos irrelevantes. En tanto, las alteraciones en el contenido manifiestan que estos menores presentan dificultad en actividades que requieren pensamiento analógico lingüístico o acceso rápido a bancos de información lingüística, debido a que son tareas que ponen en marcha la capacidad de atención, inhibición, memoria de trabajo, planificación y organización (Vaquerizo-Madrid, 2005).

Crespo, Manghy, García y Cáceres en el año 2007, realizaron un estudio que evaluaba la comprensión de significados no literales, en especial la interpretación de actos de habla indirectos y frases hechas en niños diagnosticados con TDA con hiperactividad, (TDA-H), investigación que demostró que estos niños dominan mejor los actos de habla indirectos que las frases hechas, aunque siempre en menor medida que sus controles. Por otro lado, se observó que no existe una nivelación relacionada con la edad, efecto que sí ocurre en los niños sin este trastorno, evidenciándose que la comprensión de los significados no literales sigue un patrón de desarrollo a medida que aumenta la edad.

Sin embargo, se observa que la mejoría aparente en el desempeño de los estudiantes con TDA-H, una vez que llegan a los 12 años de edad, no es mejor que los resultados obtenidos por los niños que no presentan el trastorno; por lo tanto, la patología sigue ejerciendo un efecto negativo, que no es suplido por la edad. Estos resultados revelan que los niños con TDA-H cuando llegan a la pubertad presentan un aparente “estancamiento” en la comprensión de significados no literales. En cambio, los sujetos sin el trastorno presentan una comprensión que crece gradualmente a medida que el niño tiene más edad. Barkley (2000), señala que este efecto de estancamiento se podría explicar porque el TDA-H parece interferir de alguna manera con los mecanismos que subyacen al desarrollo de la capacidad comprensiva en los significados implícitos, especialmente en lo que respecta a la frase hecha o metáfora, lo que podría estar relacionado con factores tanto lingüísticos como cognitivos, en especial con la autorregulación. Debido a que los niños con este trastorno no solo comprenden menos los significados implícitos que conllevan las frases hechas y los actos de habla indirectos, sino que también son menos exitosos para adquirirlos, ya que las frases hechas dependen del conocimiento lingüístico, y su adquisición está ligada al léxico y al desarrollo general del lenguaje.

Como queda en manifiesto, el TDA puede coexistir con múltiples dificultades. Es por esto que la evaluación integral es muy importante, para realizar un adecuado tratamiento. A continuación se describirá el último trastorno mencionado: Trastorno Específico del Lenguaje, el cual forma parte de la muestra seleccionada en este estudio.

2. Trastorno Específico del Lenguaje

Durante décadas existió una notable confusión respecto a la denominación de este trastorno. Los numerosos nombres empleados para su identificación responden, por una parte, a lo que se considera nuclear en él desde diversos puntos de vista, y, por otra, a la necesidad de los profesionales en su tratamiento de distinguirlo de otros trastornos. Denominaciones como Afasia Congénita, Audiomudez o Disfasia proceden de ese tiempo (Mendoza, 2001). Sin embargo, durante la segunda mitad del siglo XX, este último término comenzó a reemplazar a aquellos que incluían la palabra Afasia. Aguado (1999), explica que este cambio de terminología se produjo debido a que, etimológicamente, la afasia guarda relación con la ausencia del lenguaje, mientras que la disfasia hace referencia a un trastorno lingüístico de relativa severidad, además ambos términos tienen clara connotación neurológica que no describe el trastorno que denominan.

Posteriormente a la aparición del término disfasia, la comunidad científica anglosajona comenzó a establecer una serie de denominaciones que buscaban poner énfasis en las características principales de esta alteración. Así, surgieron nombres como Retraso del Lenguaje, Lenguaje Desviado, Trastorno Evolutivo del Lenguaje y Trastorno Específico del Lenguaje, entre otros. Este último es considerado el más apropiado entre todos los mencionados con anterioridad, ya que posee un carácter neutro respecto al origen de este desorden (Aguado, 1999).

En la actualidad, diversos autores han propuesto definiciones para el término TEL. Así, Bishop (1997) lo define como un desorden del desarrollo que se diagnostica cuando el lenguaje de un niño es desproporcionadamente pobre en relación a otras habilidades o en relación a su edad y que no tiene motivo aparente. Por otra parte, Leonard (1998) lo define de manera más específica, describiendo que el TEL es un término que habitualmente refiere a un impedimento o trastorno significativo en las facultades del lenguaje que no está evidentemente acompañado de condiciones tales como discapacidad intelectual, daño neurológico o impedimentos de tipo auditivo. En cuanto al ámbito educacional, Acosta y Moren (1999) precisa que esta dificultad se observa con frecuencia al inicio de la escolaridad y puede ser determinante en el éxito o fracaso de los futuros aprendizajes. Por otro lado Mendoza (2001), a su vez, plantea que la definición más característica de TEL

procede de la ASHA (American Speech-Language-Hearing Association, 1980), la cual establece que el TEL es:

“la anormal adquisición, comprensión o expresión del lenguaje hablado o escrito, en donde se pueden involucrar a todos o algunos de los componentes fonológico, morfológico, semántico, sintáctico o pragmático del sistema lingüístico. Además, los individuos con trastornos del lenguaje tienen frecuentemente problemas de procesamiento del lenguaje o de abstracción de la información significativa para el almacenamiento y recuperación por la memoria a corto o a largo plazo” (P. 26)

A partir de las definiciones expuestas, se pueden extraer datos relevantes para una concepción más acabada del Trastorno Específico del Lenguaje. Por un lado, Bishop (1997) se refiere a la etiología desconocida del trastorno. Luego, Leonard (1998) establece criterios para la identificación del TEL. Por otro lado, Acosta (1999) enfatiza en las posibles consecuencias que este desorden lingüístico puede provocar en el ámbito escolar. Y por último, la ASHA presenta una breve descripción semiológica y destaca el carácter heterogéneo de la población afectada. Integrando todas estas posturas, se puede obtener una visión holística de este trastorno, lo que contribuye a establecer un análisis clínico más preciso.

El TEL es calificado “específico” porque las dificultades en el desempeño lingüístico no pueden explicarse en términos de un trastorno más general, analizado dentro de un contexto de desarrollo normal (Bishop, 1997). De esta forma, el trastorno de lenguaje representa el déficit primario (Law, Tomblin & Zhang, 2000). El desorden se considera como primario cuando no se detecta una etiología subyacente. Por otra parte, a pesar de la caracterización del trastorno como “específico”, desde hace tiempo se tienen evidencias de la asociación del TEL con otros cuadros, como el déficit de atención, los trastornos del aprendizaje del lenguaje escrito, y las alteraciones de interacción social entre otras (Aguado, 2007).

Recapitulando, nos encontramos ante un desorden del lenguaje al que se le ha asignado el término de “específico” y que, por ende, se define empleando diferentes criterios:

- Criterio de Exclusión: Limitación significativa de lenguaje no explicable por un retraso cognitivo, por alteraciones morfológicas o motrices de los órganos de la articulación, por deficiencias perceptivas o por trastornos de la calidad de la relación social (Aguado, 1999).

- Criterio de Inclusión: Bajo esta premisa, pueden formar parte de los niños con TEL los que presenten CI no verbal de 85 o más, nivel auditivo de 25 dB, sin evidencia de lesiones ni crisis de carácter neurológica, ausencia de anomalías orofaciales, sin antecedentes de trastornos relacionales (Stark, 1981) y un desempeño en pruebas de lenguaje de 1 o 1,25 desviaciones estándar bajo el promedio (Leonard, 1998).

- Criterio de Especificidad: En este criterio se postula que el núcleo de la alteración está centrado en el lenguaje, con otras áreas menos visiblemente afectadas, presentando de cierta manera, complementariedad con los criterios de exclusión (Bishop, 1997).

- Criterios de Discrepancia: Los criterios de discrepancia más utilizados son los propuestos por Stark et al., (1981). Éste establece diferencias cronológicas (doce meses o más entre la edad cronológica y el lenguaje expresivo y seis meses o más de diferencia entre edad cronológica y lenguaje receptivo) y cognitiva (doce meses o más entre edad mental y lenguaje expresivo y seis meses o más entre edad mental y lenguaje receptivo).

- Criterio Evolutivo: En este caso se requiere de un tiempo de intervención terapéutica y se observa si el problema persiste y el avance en términos de velocidad, es decir, si el niño ha sido lento o ha respondido rápidamente a la intervención (Mendoza, 2001).

En definitiva, un niño presentaría TEL si el trastorno no se puede atribuir a ninguna causa obvia como un déficit sensorial auditivo o motor, deficiencia intelectual, trastornos psicopatológicos, deprivación socioafectiva, lesiones o disfunciones cerebrales evidentes (Rapin, 1987; American Psychiatric Association: DSM- IV, 1994), y que sólo afecta a alguna o algunas de sus habilidades lingüísticas, si sus ejecuciones en tareas relativas al lenguaje son significativamente peores que las que se refieren a otras habilidades cognitivas y si los problemas lingüísticos perduran en el tiempo, aunque cambien de alguna forma sus manifestaciones.

2.1 Diagnóstico

A lo largo de la historia las alteraciones del lenguaje han sido clasificadas de acuerdo distintos criterios diagnósticos; criterio cronológico, basado en la edad del niño para determinar la gravedad del trastorno (Luria, 1961); criterio sintomatológico, de acuerdo a las características lingüísticas expresadas a través de la conducta (Rapin y Allen, 1987); criterio de severidad, enfocado en la gravedad que presenta el menor (Ingram, 1975) y criterio conductual, centrado en las conductas dejando de lado el carácter evolutivo, el cual es especificado en el Manual de Diagnóstico de los Trastornos Mentales (DSM-IV) incluyendo las alteraciones del lenguaje dentro de los Trastornos de la Comunicación. Los últimos se dividen en Trastorno de Lenguaje Expresivo, Trastorno Mixto de Lenguaje Receptivo-Expresivo, Trastorno Fonológico, Tartamudeo y Trastorno de la Comunicación No Especificado (DSM - IV, 2002). Hoy en día, DSM –V, 2014, unifica el Trastorno Mixto Receptivo – Expresivo y el Trastorno Expresivo bajo el nombre de Trastorno del Lenguaje, donde los niños presentan:

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:

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).

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.

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

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 del desarrollo intelectual) o retraso global del desarrollo.

Cabe destacar que, ante la presencia de distintas taxonomías, se debe tener en cuenta la individualidad de cada niño con TEL. Asimismo, es precisa la búsqueda de esquemas diagnósticos y opciones terapéuticas idóneas al caso en estudio. Lo anterior, de ser efectuado con éxito, repercutirá de manera positiva sobre la rehabilitación de las capacidades lingüísticas de cada sujeto (Petersen & Garden, 2011).

2.2 Etiología

Hasta la última década del siglo XX se consideraba que el TEL tenía un origen comportamental o de predominio ambiental (Castro, Giraldo, Henao, Lopera & Pineda, 2004). Muchas de estas consideraciones se mantienen todavía en algunos escenarios clínicos y pedagógicos, de tal forma que se asigna una responsabilidad a la mala crianza o a una actitud de sobreprotección de los padres y de aceptación de ésta por parte del niño. En el mejor de los casos, se atribuye a la existencia de algún antecedente prenatal o perinatal no bien definido que podría explicar las dificultades del lenguaje del niño (Petersen & Gardner, 2011).

Hoy en día, gracias al esfuerzo por aclarar algunas patologías que pueden subyacer bajo el TEL, se han realizado investigaciones que explican la posible causa del trastorno. Algunas evidencias apoyan la etiología de factores genéticos, aunque es probable que tal predisposición genética tenga una influencia incompleta y que existan algunas condiciones externas que favorezcan la expresión de trastorno (De Barbieri, Schonhaut, Maggiolo, Rojas & Salgado, 2007).

Leonard (2009), plantea que al realizar cuestionarios precisos en el proceso de anamnesis ha ayudado a diferenciar los niños con familiares que presentan TEL. Evidenciando que un 63% de los padres de los niños con TEL tuvieron historia de problemas de lenguaje, en comparación con un 17% de los padres de niños no afectados.

En otro trabajo, utilizando un cuestionario realizado por Tomblin (1997), observó que un 38% de los padres de niños con TEL tenían problemas de habla o de lectura, mientras que ninguno de los padres de niños controles presentaban antecedentes. Sin embargo, existen diferencias en el número de familiares detectados según los instrumentos utilizados, ya que algunos incluyen preguntas relacionadas con problemas de habla y otras preguntan por dificultades de habilidades relacionadas con el lenguaje asociadas a un pobre desempeño académico. En este sentido, en un estudio de 12 niños con TEL que presentaban una importante alteración gramatical, se encontró que el 75% de ellos tenían uno o dos familiares con antecedentes de problemas del lenguaje, de lectura y/o de fracaso escolar; en comparación con el grupo control, donde sólo el 30% de los niños tenían familiares con dichos antecedentes (Castro, Giraldo, Hincapié, Lopera & Pineda, 2004).

Los estudios de gemelos también han aportado otros datos interesantes. Con criterios estrictos para definir TEL en una muestra de 90 parejas de gemelos del mismo sexo, se encontró concordancia del 70% en los gemelos monocigóticos y del 46% en los gemelos dicigóticos (Bishop, 1997). Otro estudio que apoya la base genética, se explica en el artículo publicado en prensa el año 2001 en *Nature* (cit. en Castro & cols., 2004) que describía como una pequeña mutación genética había conducido a un trastorno grave del habla y del lenguaje en cerca de la mitad de los miembros de una familia británica, la familia K.E. Quienes eran afectados por un trastorno del habla y del lenguaje de predominio gramatical, cuya afectación es grave en varios individuos y en la que se ha encontrado un patrón de herencia autosómico dominante.

Gracias a la experimentación genética, Fisher, Vargha, Watkins, Monaco & Pembrey (1998), determinaron que existe un gen responsable de los Trastornos del Lenguaje que se encuentra en una región crítica del cromosoma 7 conocida como SPCH1. Sin embargo, esta región relevante contiene un gran número de genes, por lo que fue necesario una investigación más exhaustiva, donde se descubrió un región específica en este cromosoma conocida como FOXP2, en el cual todos los miembros no afectados de la familia tenían una secuencia normal de pares de bases de ADN, mientras que todos los miembros afectados presentaban una mutación puntual, en la que un nucleótido había sido sustituido por otro.

Bishop (2002), menciona que aunque se pretenda encontrar un gen único que explique el trastorno, ya se ha podido definir que los correspondientes al lenguaje se enmarcan en un sistema múltiple de genes, lo que explicaría la variedad en la presentación del trastorno, es decir su heterogeneidad. Además, plantea que la definición clara y la comprensión adecuada de las relaciones entre el genotipo y el fenotipo permiten seleccionar adecuadamente los casos para incluirlos en los estudios moleculares; por tanto, se necesitan más estudios psicolingüísticos y comportamentales confiables para elaborar diseños de investigación sobre información genética, que tengan por objetivo separar los efectos de los genes con los factores ambientales.

Por otra parte, Narbona & Schlumberger (1999), a través de estudios de neuroimagen, particularmente en la resonancia magnética, en niños con TEL, encontraron una pérdida de la asimetría normal en la anatomía cerebral de dichas áreas, que se asumen como responsables del lenguaje. En dichos estudios, el hallazgo principal consiste en una simetría entre ambos lados, lo que evidencia un volumen disminuido del lado izquierdo respecto al derecho e incluso, en algunos casos, a favor del derecho. De igual forma, se han comparado algunas otras regiones del cerebro entre niños con TEL, niños controles y sus familias, observando la presencia de alteraciones en los giros supramarginal y frontal inferior izquierdo, con presencia de mayor número de surcos en los niños con TEL y sus familiares. Además, se ha sugerido una disminución de la activación del lóbulo temporal izquierdo, por los resultados de hipoperfusión encontrados en estudios con SPECT.

2.3 Características

Una de las cualidades más citadas del TEL es su heterogeneidad y variabilidad (Bishop, 1997; Leonard, 2009). Esto significa que los patrones de déficit en el lenguaje varían de modo considerable de niño a niño y a lo largo del tiempo, en la medida que ellos crecen. Tal situación es un obstáculo cuando se trata de realizar clasificaciones de niños con TEL: los intentos de encontrar subgrupos – de manera confiable- no han tenido gran éxito; con niños que cambian de una subcategoría a otra a lo largo del tiempo (Conti-Ramsden, 2002).

El TEL comienza con un retraso en el lenguaje en el cual los niños tardan en decir sus primeras palabras, las que no aparecen hasta los dos años de edad o más (Bishop, 2002). Por lo que en primera instancia, lo que pone en evidencia a un niño con TEL es el retraso o la desviación en su desarrollo fonológico (Aguado, 1999). Las dificultades expresivas comienzan a manifestarse en las etapas iniciales con vocalizaciones de menor frecuencia y uso de combinaciones consonánticas disminuidas. Luego, este trastorno se presenta en forma de Procesos de Simplificación Fonológica (PFS), no acordes con la edad del menor (Navarro, 2003). Momento en el cual el diagnóstico de TEL se aplica, ya que el retraso en el lenguaje se consolida (Serra, 2002).

Las investigaciones en TEL han almacenado gran evidencia que abarca un amplio espectro de fenómenos lingüísticos tanto a nivel expresivo como receptivo (Mendoza & Contreras, 2011). Referente a la comprensión, son frecuentes en ellos las dificultades para entender el lenguaje cuando solo se apoyan en este; las palabras cambiantes, de prosodia poco saliente y con significado de relación plantean dificultades para ellos (Serra, 2002). Igualmente, se aprecian dificultades en la comprensión de lenguaje complejo, especialmente cuando el interlocutor habla rápido (Bishop, 2002). En general, el crecimiento léxico es lento, sobre todo para palabras relacionales (Serra, 2002); el vocabulario se aprecia restringido tanto en comprensión como en expresión (Bishop, 2002). Respecto de la producción, un 10% de sus producciones puede ser ininteligibles por causas pragmáticas o lingüísticas (Serra, 2002). Existe una producción inmadura o fuera de la norma de sonidos del habla, especialmente en niños preescolares (Bishop, 2002).

En cuanto a la dimensión léxico-semántica, se evidencian alteraciones en el almacenamiento, organización y acceso al conocimiento de nuevos términos en el aprendizaje incidental. Esto se traduce en una vía de aprendizaje lenta, en la que la interacción natural del niño con su medio no es lo suficientemente idónea y suele estar reducida. Además, se manifiesta una disminución en el uso de palabras que poseen un importante rol gramatical (verbos frente a sustantivos) debido a su mayor complejidad (Castro, Giraldo, Hincapié, Lopera & Pineda, 2004). También se observan dificultades para evocar términos cuando se exigen de manera rápida y sin apoyo del contexto. Según Aguado (1999), esta situación se puede explicar de acuerdo a modelos interactivos, los

cuales conciben la mente como una red interconectada. Así, los sujetos con TEL manifiestan limitaciones al activar toda la información de los distintos aspectos lingüísticos y extralingüísticos para acceder al significado de las palabras.

Por otro lado, los aspectos gramaticales, sintaxis y morfología constituyen uno de los componentes más afectados por omisiones y errores, con mínimo progreso (Serra, 2002). Con respecto al área expresiva, se observa un déficit en la utilización de reglas morfológicas, lo que conlleva a errores en el establecimiento de la concordancia gramatical de género, número y forma verbal. En cuanto a esta última, uno de los fenómenos más frecuentes realizados por los individuos con TEL corresponde a la sobre regularización de los verbos irregulares. Asimismo, se evidencia la omisión o sustitución de morfemas de escasa relevancia perceptiva, es decir, aquellos que poseen un menor carácter informativo (Aguado, 1999; Mendoza, 2001). A los 4 años, los niños con TEL aún no producen con facilidad la estructura Sujeto - Verbo - Objeto con léxico conocido, presentando errores y omisiones prácticamente en todas las producciones de tres o más núcleos, en el caso de que estén presentes (Serra, 2002). Los errores en el lenguaje que los niños con TEL realizan son parecidos a los que llevan a cabo niños con desarrollo normal, pero más pequeños, con la diferencia de que aparecen en mayor cantidad en los niños con Trastorno del Lenguaje (Leonard, 1998 en Serra 2002).

En los niños con TEL los verbos, piezas fundamentales en el aprendizaje del lenguaje, suponen un área de particular dificultad, referidas tanto al conocimiento semántico como sintáctico del verbo (Conti-Ramsden, 2002; Leonard 1998; Thordardottir & Weismer, 2002). En este contexto, se ha observado una menor frecuencia de uso de verbos respecto del uso de sustantivos. No obstante, es relevante mencionar que los resultados varían según la medida empleada (longitud media del enunciado, cantidad de palabras, cantidad de palabras distintas); del mismo modo, queda abierto a discusión si el fenómeno responde a un déficit verbal específico o si es secundario a un déficit más general no resuelto (Thordardottir & Weismer, 2002). Sin perjuicio de lo anterior, algunos autores señalan que la diversidad verbal no es un área de particular dificultad para escolares con TEL; además, la proporción de uso de verbos de propósito general en niños con TEL es

similar a la de niños con desarrollo normal del lenguaje evaluados por longitud media del enunciado (Conti-Ramsden, 2002).

En el aspecto receptivo, se presentan dificultades en la decodificación de oraciones o bien de términos específicos, como es el caso de los marcadores morfológicos de baja sustancia fonética. Según Leonard (1989), estos elementos se refieren a segmentos fonológicos de menor duración e intensidad, lo que restringe de manera significativa su percepción eficaz. Cabe destacar que, en este trastorno lingüístico, se presentan limitaciones en el procesamiento de grandes cantidades de información, lo cual se traduce en respuestas inatentas a las órdenes dadas. Por esta razón, se comprenden de forma más precisa aquellos enunciados que poseen menos contenido semántico (Peterson & Gardner, 2011)

Las afectaciones gramaticales van íntimamente relacionadas con las dificultades discursivas que presentan los niños con TEL. La evidencia señala que estos menores presentan inmadurez en sus habilidades narrativas, tanto a nivel de coherencia en la organización de una narración como en su comprensión, presentando una menor capacidad para verificar estrategias de correcciones que aplican a sus historias y utilizan un menor número de palabras morfológicamente complejas en sus narraciones escritas. Así, sus historias contienen menos propuestas, menos episodios completos y contenidos pobres en declaraciones (Fresneda & Mendoza, 2005).

Los niños con TEL tienen dificultades en la presentación del cuento y en su desarrollo que se logra con los episodios. En primer lugar, en el marco, en estos menores se aprecian serias dificultades para la presentación de los personajes principales y secundarios. Además, tienden a narrar cuentos centrándose de inmediato en los sucesos ocurridos, es decir, la historia gira más bien en acciones propias y no a las de los protagonistas. Por su parte, en el episodio privilegian la estructuración en torno a secuencias de acciones, y sin presentar los componentes que se consideran obligatorios en un episodio completo (acciones y obstáculos) más uno optativo (meta y/o resultado) (Pavez, M.M et al., 2001).

A nivel de la organización del contenido, se observan alteraciones en la confección de relaciones causales, temporales y de finalidad. Además, se ve afectada la coherencia de éste, tanto local como global (Coloma, Pavez & Maggiolo, 2002). De esta manera, surgen narraciones sin cohesión ni coherencia que alteran de igual forma la micro y la macroestructura, con la consecuente dificultad para ser comprendidas por el oyente (Coloma, 2013).

Respecto a la pragmática, Monfort y Juárez (2004), señalan que gran parte de los menores con TEL presentan alteraciones en la interacción social, las que aparecen más como una consecuencia que como un rasgo intrínseco de la patología. De tal manera, un niño que sólo dispone de un vocabulario limitado tendrá dificultades para precisar sus ideas, dar a conocer sus intenciones y expresar el mensaje adecuado a su interlocutor. Lo anterior provoca que la comunicación con este tipo de individuos carezca de eficacia y de información relevante.

Contreras y Mendoza (2011), mencionan que los niños con TEL no son tan buenos comunicadores como los niños sin este tipo de problemas debido a que carecen de suficientes recursos morfológicos y sintácticos como para hacerse entender con claridad, interactuar con sus compañeros, respetar los turnos conversacionales, etc. Dejando en manifiesto, que el problema no es pragmático, sino estrictamente gramatical, aunque, indirectamente, afecte a las funciones comunicativas.

En lo concerniente a las habilidades conversacionales y de tematización, se ha evidenciado que, en el TEL, la mayor parte de las alteraciones no corresponden a la introducción de nuevos tópicos, sino que sus dificultades se manifestaban al mantener los que ellos mismos introducían. Además, solicitan menos aclaraciones y realizan escasos reparos a sus interlocutores. Asimismo, emplean un escaso número de conectores lexicales en su discurso, lo que sugiere un uso reducido de pronombres y conjunciones (Roqueta & Clemente, 2010).

Estudios demuestran que en el TEL se manifiestan alteraciones en los recursos extralingüísticos y paralingüísticos del diálogo, los cuales complementan y precisan la información lingüística entregada. Los primeros se relacionan con los movimientos y gestos que acompañan el mensaje, incluye la situación en la que se produce una conversación y los

participantes de la misma. Los segundos hacen referencia al estado emocional del interlocutor, el que se manifiesta a través de la prosodia o los cambios melódicos de la emisión, la intensidad y la rapidez del habla (Roqueta & Clemente, 2010).

En el ámbito extralingüístico, los estudios se han centrado, principalmente, en dos aspectos: comprobar si el input-output lingüístico varía en relación al interlocutor y determinar las destrezas de interacción social. Así, los individuos con TEL parecen ajustar su estilo de habla al receptor del mensaje de manera similar que sus pares normales. No obstante, presentan más conductas de aislamiento social, problemas de ajuste social y de relación con sus compañeros, a la vez que son menos preferidos como compañeros de juego (Mendoza, 2001).

En cuanto al contexto paralingüístico, se dispone de muy poca información sobre la influencia de este contexto en la comprensión/expresión de un discurso en los niños con TEL. La principal línea de investigación en esta área se enfoca sobre el tipo de comunicación ambigua relativa a los mensajes emocionales inconsistentes (MEI). Rinaldi (2000), presenta un estudio utilizando el paradigma MEI en niños con TEL entre 11 y 14 años. En el cual, los menores debían determinar que el estado emocional del personaje era consistente con la expresión facial, no con el mensaje verbal. Los resultados concluyeron que en general, los niños con TEL cometieron más errores que sus controles de edad al decir cómo se encontraba realmente el personaje de la prueba. Tras el análisis se deduce que los niños con TEL eran conscientes de la contradicción existente entre los dos niveles comunicativos, verbal o no verbal, pero su nivel de consciencia metacomunicativa era lo suficientemente baja como para no permitirles interpretar la contradicción de acuerdo con el auténtico estado emocional del personaje. Aunque conocían ambos significados, los niños con TEL se solían inclinar con la interpretación literal, lo que ha sugerido a los autores que las destrezas lingüísticas de estos niños son superiores a su conocimiento metacomunicativo.

2.4 Comorbilidad

Si bien existe un uso estándar de los criterios de exclusión al momento de elaborar el diagnóstico, algunos autores señalan que las alteraciones no se limita al lenguaje y que el TEL pueden tener comorbilidad con otros déficits, lo que incluye descenso en habilidades motoras, memoria de trabajo (Ullman & Pierpont, 2005) y en ciertas tareas de procesamiento no lingüístico (Hoffman & Gillam, 2004 en Leonard 2009). En otras palabras, en los niños con TEL pueden existir déficits de habilidad cognitiva y lingüística (Petersen & Gardner, 2011).

En muchos casos, el trastorno puede ser persistente acompañando al individuo durante toda su vida: adultos con antecedentes de TEL son a menudo menos capaces lingüísticamente que sus pares (Leonard, 2009). En la adolescencia, la mayoría de los adolescentes con historial de TEL tuvieron dificultades significativas en la lectura y/o en comprensión lectora comparado con sus pares con desarrollo típico (Conti-Ramsden, 2002). Del mismo modo, en adolescentes con TEL se han reportado dificultades sociales, emocionales y conductuales asociadas (St Clair, Pickles, Durkin & Conti-Ramsden, 2010).

Fundamentando lo anterior, es importante mencionar que los estudios descriptivos realizados desde el período de educación infantil en distintos contextos, han constatado que los niños con TEL manifiestan una tendencia a exhibir una serie de comportamientos en el área social (Baixauli-Fortea, Roselló-Miranda & Colomer-Diago, 2015):

- Interactúan durante menos tiempo en comparación con sus compañeros con desarrollo típico
- Tienen mayor dificultad para acceder a una interacción que se ha iniciado.
- Responden en menor medida a las iniciaciones, preguntas y comentarios de otros, y cuando lo hacen, sus respuestas se limitan a frases cortas o conductas no verbales.
- Tienden a dirigir más la comunicación hacia adultos que hacia niños de su misma edad, por lo que son más dependientes para manejarse por el entorno social.

En cuanto al área de competencia emocional, a través de un estudio realizado por Ford y Milosky (2008), se explora la habilidad de los niños con TEL para inferir cómo se siente un personaje concreto en un contexto específico. Evidenciando que la ejecución del grupo con TEL y del grupo control con desarrollo típico equiparado en edad difirió significativamente. Es más, los análisis de regresión mostraron que la comprensión del lenguaje estaba relacionada con la inferencia emocional, en donde los niños con TEL presentaron gran dificultad. Posteriormente, Spackman, Fujiki y Brinton (2006), profundizaron en la tarea, solicitando a los participantes que relacionaran la emoción identificada en la historia con su propia experiencia personal, y constataron una mayor dificultad en el grupo TEL para verbalizar sus vivencias emocionales, concluyendo que las alteraciones lingüísticas propias del trastorno estarían interfiriendo en el ámbito socioemocional.

Por otra parte, en relación a la comorbilidad entre TEL y Trastornos del Aprendizaje, la literatura menciona que en edades tempranas existen predictores de un posible diagnóstico de dislexia como son: retraso en el habla, inmadurez fonológica y escaso conocimiento metalingüístico. Predictores que son las principales características del TEL, por lo que la dislexia, dentro de los trastornos del aprendizaje, es la condición que suele también presentar con frecuencia alteraciones del lenguaje (Mulas, Etchepareborda, Díaz-Lucero & Ruiz, 2006).

Etchepareborda y Abad (2001), señalan que es común que los niños con TEL también presenten un diagnóstico de TDAH evidenciando déficits en la organización fonológica y sintáctica, en la organización de información semántica, escasa memoria auditiva y de forma significativa dificultades de planificación narrativa; todo ello vinculado a la pérdida de información, lo cual puede afectar directamente a un correcto desarrollo lingüístico, tanto oral como escrito. Es por esto, que casi en un 30% de los niños con estos diagnósticos también presentan dislexia, disgrafía y/o discalculia (Martínez, Henao & Gómez, 2009).

De igual forma, algunos autores han encontrado marcadores neurocognitivos alterados en el TEL relacionados con las funciones ejecutivas. En un estudio realizado por Buiza-Navarrete, Adrián-Torres y González-Sánchez (2007), con 37 niños diagnosticados

con TEL, de edades comprendidas entre 5 y 12 años, comparado con un grupo de desarrollo típico de la misma edad y nivel escolar; concluyeron que los menores con TEL presentaban limitaciones en la atención, la codificación, la memoria, percepción y la función ejecutiva en comparación con el grupo control. De esta manera, se pueden fundamentar las alteraciones fonológicas subordinadas a desórdenes perceptivos y fallas en la memoria a corto plazo. La primera se fundamenta en que la base para la adquisición del vocabulario es la forma fonológica de las palabras. De tal manera, el aprendizaje de nuevos términos se ve interferido cuando los sujetos construyen representaciones incorrectas. Y la segunda hipótesis se refiere a las fallas que se presentan en la memoria a corto plazo. La incapacidad de mantener la representación fonológica durante el tiempo necesario, explica el déficit en la comprensión y reconocimiento de las palabras. De esta forma, los aprendizajes posteriores se verán afectados (Aguado, 1999; Mendoza, 2001).

Finalmente, luego de exponer el sustento teórico de la presente investigación y de revisar algunos de los estudios realizados en base al desarrollo de la conciencia metapragmática en Chile, en el siguiente apartado se describirán los lineamientos metodológicos realizados en la presente tesis.

CAPITULO II

MATERIAL Y METODOS

I. Metodología

En el presente apartado se expondrá la metodología utilizada en esta investigación. Dicho procedimiento consta del diseño del estudio, el universo, los criterios de inclusión para la determinación de la muestra y el procedimiento realizado para la ejecución del estudio. Además, se describe el software multimedia, CMP, creado para medir la conciencia metapragmática, detallando los ítems de evaluación, su procedimiento y la interpretación de los puntajes obtenidos.

1. Diseño del estudio

Estudio de enfoque cuantitativo, de alcance descriptivo, y de diseño no experimental, transeccional comparativo de observación directa, realizado con el fin de caracterizar el rendimiento en actividades referidas a la conciencia metapragmática del grupo en estudio.

2. Objetivos del estudio

Con el fin de determinar en qué fase de la Conciencia Metapragmática se encuentran los grupos clínicos TEL y TDA en comparación al grupo con Desarrollo Típico del Lenguaje se plantearon los siguientes objetivos:

2.1 Objetivo General

- Describir el rendimiento de la Conciencia Metapragmática en niños de entre 7 y 12 años, diagnosticados con TDA, TEL y DT que asisten a los colegios municipales “El Libertador” y “Palestina” de la comuna de La Calera.

2.2 Objetivos Específicos

- Determinar el rendimiento de la Conciencia Epi y Metapragmática en niños con TDA.
- Determinar el rendimiento de la Conciencia Epi y Metapragmática en niños con TEL.
- Determinar el rendimiento de la Conciencia Epi y Metapragmática en niños con Desarrollo Típico del Lenguaje.
- Comparar el rendimiento de la Conciencia Epi y Metapragmática entre los niños con TDA y con Desarrollo Típico del Lenguaje en la muestra total y según rangos etarios.
- Comparar el rendimiento de la Conciencia Epi y Metapragmática entre los niños con TEL y con Desarrollo Típico del Lenguaje en la muestra total y según rangos etarios.
- Determinar el rendimiento por ítems según condición.
- Comparar el rendimiento por ítems según condición.

3. Hipótesis

Tanto los niños diagnosticados con TEL como los que presentan TDA se encuentran en una fase epipragmática a pesar de su edad cronológica. No obstante, estos resultados no se evidenciarían en los niños con Desarrollo Típico del Lenguaje, ya que ellos estarían plenamente en una fase metapragmática.

4. Universo y Muestra

4.1 Universo

Niños de 7 a 12 años que asisten a establecimientos educacionales municipalizados de la comuna de La Calera.

4.2 Muestra

La muestra corresponde a 18 niños entre 7 y 12 años que asisten a los establecimientos educacionales municipales “El Libertador” y “Palestina” de la comuna de La Calera. Muestra que fue dividida en tres grupos según diagnóstico:

Grupo 1: Niños diagnosticados con TEL mixto.

Grupo 2: Niños diagnosticados con TDA.

Grupo 3: Niños con Desarrollo Típico del Lenguaje.

A su vez estos grupos fueron divididos según rango etario 7 – 8, 9 – 10 y 11 – 12 años determinando dos alumnos según cada grupo de estudio (Tabla 1):

Tabla 1: Distribución de la muestra

Rango Etario	Diagnóstico			Total
	TEL	TDA	DT	
7 – 8 años	2	2	2	6
9 – 10 años	2	2	2	6
11 – 12 años	2	2	2	6
Total de la muestra				18

Es una muestra intencionada en base a criterios clínicos, el tamaño muestral se restringió por la dificultad de detectar niños que presenten TEL en el rango etario de 11 a 12 años. Por otra parte, se optó realizar la investigación en edades de entre 7 y 12 años, porque en este rango etario es más factible observar la fase metapragmática.

4.3 Criterios de Selección de la Muestra

La muestra se seleccionó a base de los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

Criterios de inclusión

- CI superior a 80, de acuerdo a la escala del Test de Inteligencia para Niños de Wechsler – Tercera Edición (WISC-IIIv.ch) (David Wechsler, 1991). Dato que una vez autorizada la investigación se obtuvo a través de la ficha escolar de cada alumno.
- Indemnidad auditiva, se realizó una audiometría a cada alumno de la muestra, utilizando un audiómetro portátil. El procedimiento se realizó en cada establecimiento en una sala libre de ruido.
- Tanto los niños con TDA como los niños con TEL debían estar en tratamiento terapéutico.
- En caso del Trastorno Específico del Lenguaje, se seleccionarán niños con alteraciones en el área expresiva y comprensiva del lenguaje, es decir, diagnosticados con TEL Mixto.

Criterios de exclusión:

- Niños con TDA y TEL en tratamiento medicamentoso.
- Niños con TDA y TEL que presentan comorbilidad con alteraciones neurológicas. Dato obtenido a través de la entrevista tipo anamnesis que se realizará a cada apoderado.
- Niños que presenten TEL Expresivo.

5. Instrumentos de Selección de la muestra

El total de la muestra seleccionada fue evaluada con el test IDTEL (Instrumento de Diagnóstico para los Trastornos Específicos del Lenguaje en Edad Escolar), el cual tiene por objetivo evaluar el lenguaje comprensivo y expresivo en niños de 6 a 9 años 11 meses.

Las unidades teóricas evaluadas son los microdominios que están compuestos de dimensiones que cuentan con un conjunto de ítems para medir los atributos de interés, divididos en: microdominio fonológico, microdominio morfosintáctico, microdominio semántico y microdominio pragmático.

Es un test referido a criterio, donde el evaluador decide si el propósito es establecer un diagnóstico o comparar los resultados con las puntuaciones típicas. En este caso, el criterio utilizado fue para establecer un diagnóstico logrando detectar y diferenciar aquellos niños que no presentan Trastorno del Lenguaje, de aquellos que sí lo presentan en algún grado.

II. Instrumento de Evaluación de la Muestra

1. Instrumento de evaluación de la Conciencia Metapragmática (CMP)

La prueba CMP, corresponde a un software multimedia, creado por Crespo, Pérez y Alfaro (2008) en el marco del Proyecto FONDECYT 1070333, validado para su uso en la población infantil chilena. Mide la conciencia metapragmática en cursos de enseñanza básica: Primero, Quinto y Séptimo año básico. Para su elaboración, se usaron protocolos explícitos que dieran cuenta de la conciencia metapragmática de manera verbal por parte de los sujetos. Es así como en su elaboración se crearon tareas que buscaban indagar acerca de lo que Verscheuren (2000) denominó mecanismos de anclaje que localizan formas lingüísticas en relación al contexto.

El CMP es un instrumento multimedia altamente confiable para medir la conciencia metapragmática en niños, pues alcanza una fiabilidad según alfa de Cronbach de 0,88 (Montenegro & Pérez, 2007), está constituido por tres tipos de ejercicios en los cuales se pide a los sujetos que den cuenta de desajustes entre contexto y mensaje lingüístico. De manera específica la prueba consta de 29 ítems clasificados en los siguientes 3 tipos de preguntas, ver Tabla 2:

Tabla 2: Número de ítems según tipo de tarea

Tipo de Pregunta	Ítems
• Referente Ambiguo	10
• Instrucciones Ambiguas	9
• Diálogo Observado	10

1.1 Referente Ambiguo

Los ítems de Referente Ambiguo consisten en una expresión referencial que no especifica de manera clara su referente. Por ejemplo, se presentan cuatro gatos, dentro de los cuales hay dos que usan visiblemente un collar, luego se da la instrucción de que se elija el gato con collar, mencionando que si tiene alguna duda debe preguntarle al conejito.



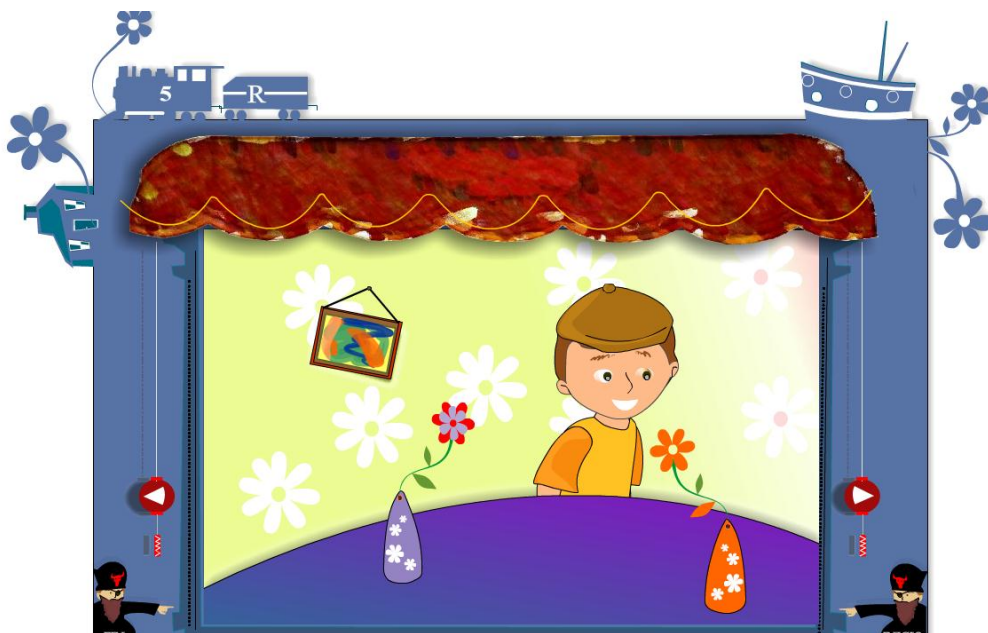
1.2 Instrucciones Ambiguas

Los ítems de Instrucción Ambigua consisten en la entrega de instrucciones erróneas o incompletas para participar en algún juego o realizar una acción. Por ejemplo, en este caso se pide encontrar las zanahorias del conejo y guardarlas, mencionando que gana el que guarda más zanahorias. Si el menor expresa no entender debe explicar su duda.



1.3 Diálogo observado

Por último los ítems de Diálogo Observado ilustran la observación de una situación en la que se provoca un malentendido entre dos personas debido a la falta de precisión del emisor del enunciado. En este caso, el niño en evaluación debe explicar de quién ha sido la culpa del malentendido. Por ejemplo, un hijo deja una flor para su madre sobre la mesa y luego se lo comunica, pero, cuando la madre va en busca de dicha flor, se encuentra con dos flores sobre la mesa y escoge la flor equivocada.



Tanto en los ejercicios de referente ambiguo, instrucciones ambiguas como de diálogo observado, el niño a examinar puede presentar tres tipos de respuestas, donde sólo el comportamiento metapragmático tendrá puntuación (1 punto). Las respuestas pueden ser las siguientes:

- A. Comportamiento Epipragmático:** el niño empieza a interactuar pero no se da cuenta que algo anda mal, lo cual indica que no hay desarrollo de conciencia metapragmática.
- B. Comportamiento Epipragmático:** el menor manifiesta su duda, pero no sabe cómo explicarla, lo cual implica que hay un desarrollo incipiente de la conciencia metapragmática, pero aún el comportamiento es epipragmático.
- C. Comportamiento Metapragmático:** el niño manifiesta su duda y explica cuál es la inadecuación entre contexto y expresión lingüística, lo cual implica desarrollo de la conciencia metapragmática.

1.4 Criterios de Corrección

Todos los puntajes obtenidos de la aplicación del CMP se interpretarán de acuerdo a percentiles que irán desde el 25%, 50%, 75% y 100% para cada rango etario, como se observa en la siguiente Tabla 3:

Tabla 3: Rendimiento general de la prueba según curso y percentiles

Curso/Percentil	P 25	P 50	P 75	P 100
Primero	2	4	7	15
Tercero	5	9	12	20
Quinto	12	15	18	26
Séptimo	16	18	28	29

De este modo, se determinarán los siguientes parámetros:

- Bajo el percentil 25 se considerará que el niño/a está en déficit en el desarrollo de la conciencia metapragmática, por lo que debe ser intervenido por un profesional.
- Entre el percentil 25 y 50 se considerará que el menor está en riesgo de desfase en el desarrollo de la conciencia metapragmática, por lo que se debe reevaluar periódicamente su evolución.
- Sobre el percentil 50 el rendimiento se considerará normal.

Ahora bien, junto al análisis cuantitativo de los resultados se debe hacer un análisis cualitativo de las respuestas, ya que cada ítem del CMP tiene tres opciones y cada una de ellas indica niveles diferentes de desarrollo de la conciencia metapragmática.

Si bien las respuestas tipo A y B son consignadas con puntaje 0 (cero), los diferentes tipos de respuestas implican un distinto grado de desarrollo: un mayor número de respuestas tipo A implican un rendimiento al azar, sin tener todavía conciencia metapragmática, en cambio un mayor número de respuestas tipo B implica que el niño comienza a tener conciencia metapragmática.

III. Procedimiento

En primera instancia, se solicitó la autorización al director del Departamento de Educación de la comuna de La Calera para realizar el estudio. Al tener una respuesta favorable, se pidió el consentimiento a los directores de los establecimientos para acceder a realizar la investigación. Posteriormente, y previa autorización de la institución educacional se seleccionó la muestra en base a los diagnósticos y criterios de inclusión estipulados anteriormente.

Aquellos alumnos que cumplieron con los requisitos, se citó al apoderado con el fin de explicarles de qué se trata el estudio y entregarles el consentimiento informado de la investigación según protocolo; cuando los padres estuvieron de acuerdo con que su hijo (a) participara en la investigación, se les aplicó una entrevista tipo anamnesis para obtener información del desarrollo psicomotor del niño y de esta forma descartar antecedentes

mórbidos no compatibles con el tipo de muestra, posteriormente se le informó sobre la actividad a cada alumno que integró el estudio mediante un asentimiento informado.

Todos los niños de la muestra asisten a los colegios “El Libertador” y “Palestina” establecimientos educacionales que cuentan con programas de integración escolar de la ciudad de La Calera, V región. La investigadora inscrita en el registro de profesionales competentes del Ministerio de Educación y que cumple funciones en los establecimientos donde se efectuó el estudio, fue la encargada de diagnosticar a los estudiantes que presentaron un Trastorno Específico del Lenguaje Mixto, evaluó a los niños que presentaron un Desarrollo Típico del Lenguaje para verificar la normalidad en esta área según la edad cronológica de cada niño y fue la encargada de evaluar a los niños diagnosticados con TDA para establecer cuál era su rendimiento en actividades referidas a la comprensión y expresión del lenguaje. De esta forma, toda la muestra tuvo una evaluación lingüística que se realizó a través del test IDTEL (Instrumento de Evaluación de los Trastornos Específicos del Lenguaje en Edad Escolar), un Neurólogo inscrito y autorizado en el registro de profesionales de la educación especial diagnosticó a los alumnos que presentaron Trastorno por Déficit atencional.

La muestra fue evaluada mediante un software dirigido a medir la conciencia metapragmática (CMP) (Crespo, Pérez & Alfaro, 2008). El software se aplicó utilizando un computador (de escritorio o portátil) que lo proporcionó el investigador. El computador debió estar conectado a un dispositivo periférico mouse que permitió la interacción del usuario. Se utilizaron altavoces que permitían, tanto al evaluador como al evaluado, escuchar con claridad los mensajes orales emitidos por el instrumento. La evaluación fue realizada en la jornada de la mañana en el establecimiento, específicamente en la sala de fonoaudiología, donde había un ambiente adecuado para oír estos mensajes y no causar distracciones en los menores durante la evaluación.

Antes de empezar la evaluación del CMP, se les indicó a los menores que realizarán una prueba que no tendrá calificación, pero que deberán prestar mucha atención. Como instrucción se solicitó que escuche las indicaciones que le darán los personajes del juego para que pueda contestar correctamente y que si tiene dudas, le puede preguntar al conejito haciendo click sobre él con el mouse del computador. El menor evaluado debía responder

de manera oral las interrogantes que plantea el conejito; es decir, cuando el conejo diga: “¿me puedes explicar tu duda?”, el niño debía explicar su duda antes de escoger alguna alternativa, ya que de ello dependía la evaluación de su desarrollo metapragmático. La evaluación mediante el CMP, tuvo una duración aproximada de menos de 30 minutos, lo que evitó la fatiga y el estrés de los estudiantes al realizar la prueba. Durante la aplicación del instrumento se consignó la respuesta realizada por el/la menor en la hoja de respuesta, sin que el/la menor se dieran cuenta del puntaje logrado de acuerdo a los criterios de la prueba.

CAPITULO III

RESULTADOS

Con el fin de conocer el nivel de desarrollo de la habilidad metapragmática en niños entre 7 y 12 años que presentan Trastorno Específico del Lenguaje, Trastorno por Déficit Atencional y Desarrollo Típico del Lenguaje, en el presente apartado se analizarán los resultados obtenidos en la aplicación del test multimedia CMP, mediante la interpretación cuantitativa y cualitativa de las respuestas obtenidas en la administración de la prueba.

Análisis cuantitativo y cualitativo

1.- Puntaje total

Se analizaron los puntajes totales obtenidos por los niños con TEL, TDA y DT en la aplicación del test multimedia CMP. A continuación, se presenta en la Tabla 4 los análisis estadísticos generales:

Tabla 4: Puntaje Total CMP por condición

	N	Media	Desviación típica	Mínimo	Máximo
TEL	6	7,00	4,980	2	15
TDA	6	14,00	11,593	0	27
DT	6	18,50	12,406	2	27
Total	18	13,17	10,761	0	27

Considerando que la prueba consta de un puntaje mínimo de 0 puntos y un máximo de 29 puntos, se observa en la Tabla 4 que ninguno de los niños evaluados en esta investigación logra el puntaje máximo asignado para esta prueba. De igual forma, en el rendimiento total de los niños por condición se evidencia diferencias en las medias, ya que el Desarrollo Típico tuvo el resultado más alto en comparación a los otros grupos. Por el

contrario, los niños con Trastorno Específico del Lenguaje tuvieron el rendimiento más bajo.

2.- Análisis descriptivo de los resultados obtenidos según cada condición:

A continuación se describirá específicamente el rendimiento de los sujetos en cada condición:

a) Rendimiento de los sujetos con TEL

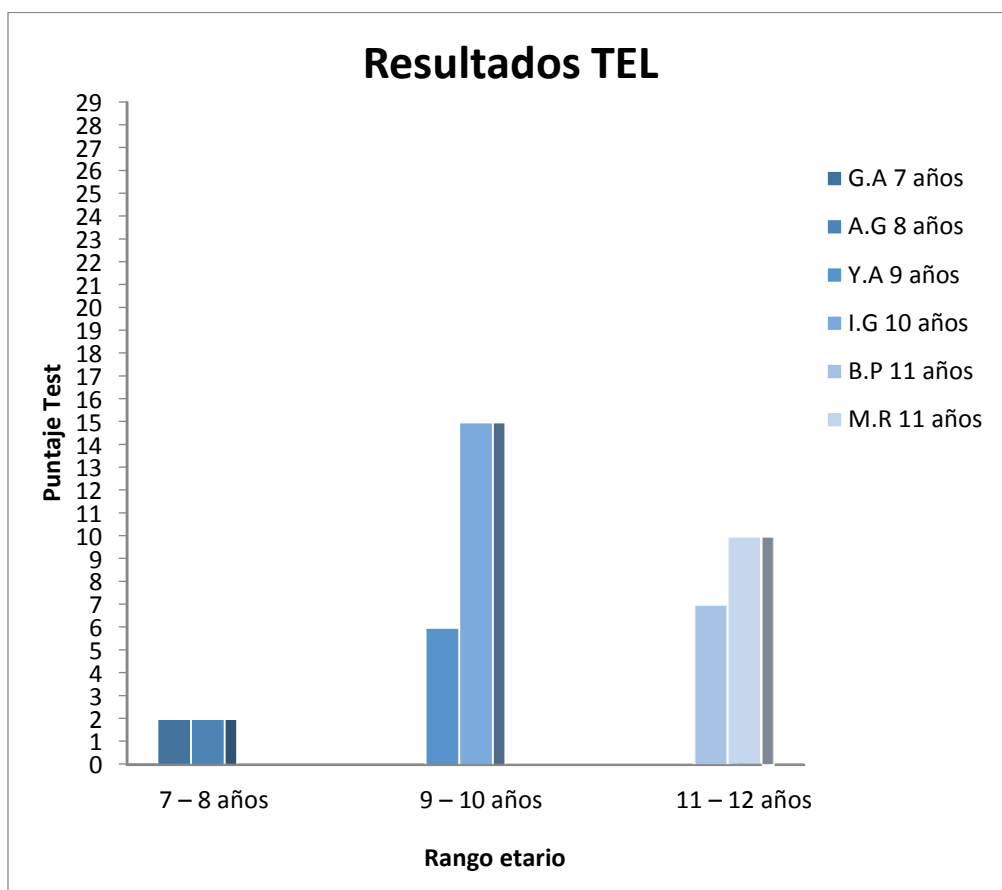


Gráfico 1: Puntaje total de niños con TEL según rango etario

Se observa en los resultados de los menores con TEL que todos tuvieron un rendimiento de respuestas correctas inferior a 16 puntos en la prueba total y que existe una disparidad de rendimientos entre los sujetos, llama la atención el puntaje obtenido por el niño de 10 años, que presenta un rendimiento superior a los niños de 11 – 12 años.

b) Rendimiento de sujetos con TDA

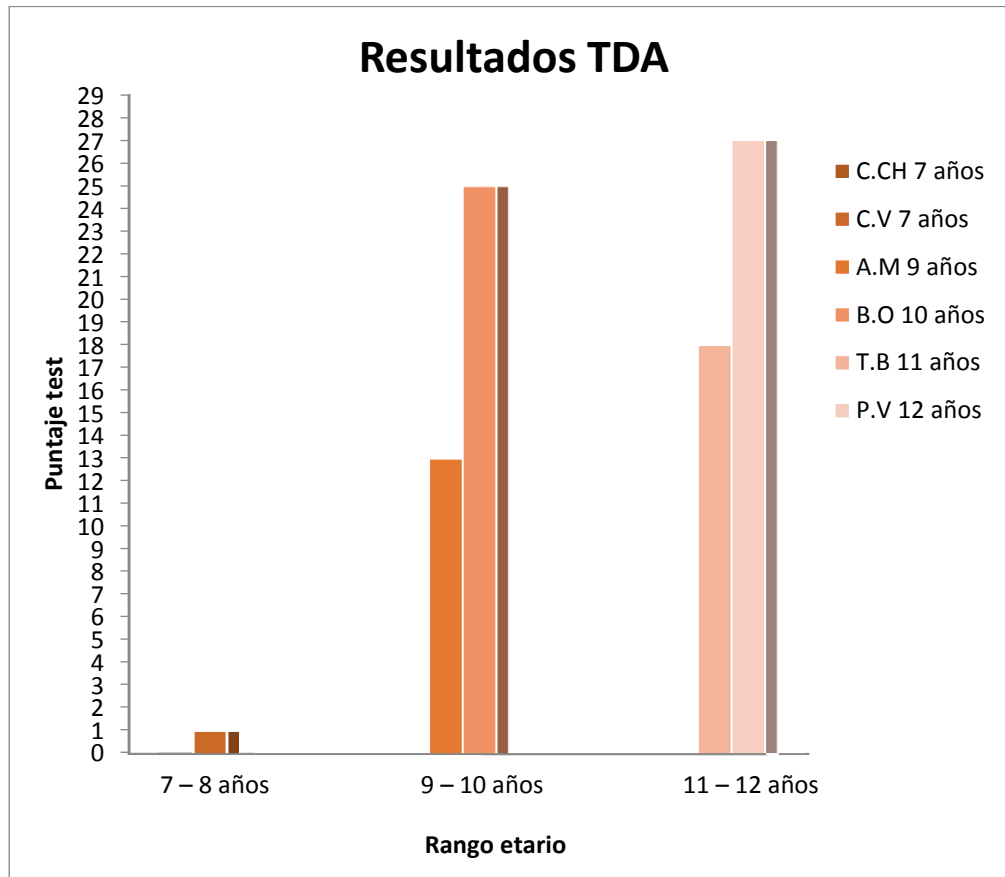


Gráfico 2: Puntaje total niños con TDA según rango etario

Los niños con TDA presentan un rendimiento más alto en las respuestas correctas del test en comparación al grupo TEL. En el grupo TDA se evidencia un efecto de la edad, dado que mejoran sus resultados a medida que aumenta la edad de los niños. Además, podemos observar que los niños de 7 - 8 años obtienen un puntaje inferior en comparación a los otros rangos etarios, incluso el menor de 7 años no obtuvo ninguna respuesta correcta.

c) Rendimiento de sujetos con DT

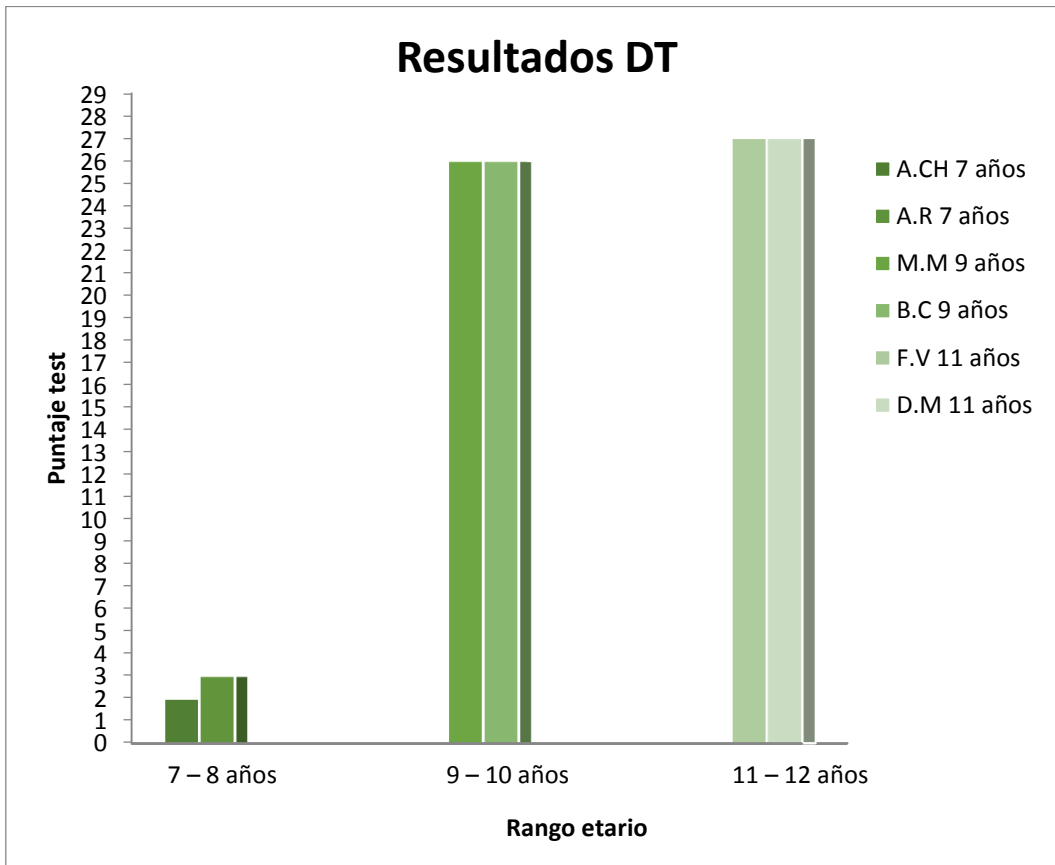


Gráfico 3: Puntaje total de niños con DT según rango etario

Al analizar los resultados obtenidos en los menores con Desarrollo Típico, se observa que estos niños tienen un rendimiento similar desde los 9 años evidenciando claramente un bajo rendimiento en los niños de 7 – 8 años. Por otra parte, al igual que los grupos TEL y TDA los niños con DT de 7 – 8 años presentan errores en la interpretación de las tareas de la prueba, obteniendo un rendimiento máximo de 3 puntos.

3.- Descripción de los rendimientos Epipragmático y Metapragmático según condición.

A continuación se describirán los rendimientos obtenidos según cada condición evaluada:

- a) Descripción del rendimiento epipragmático y metapragmático de los niños con TEL:

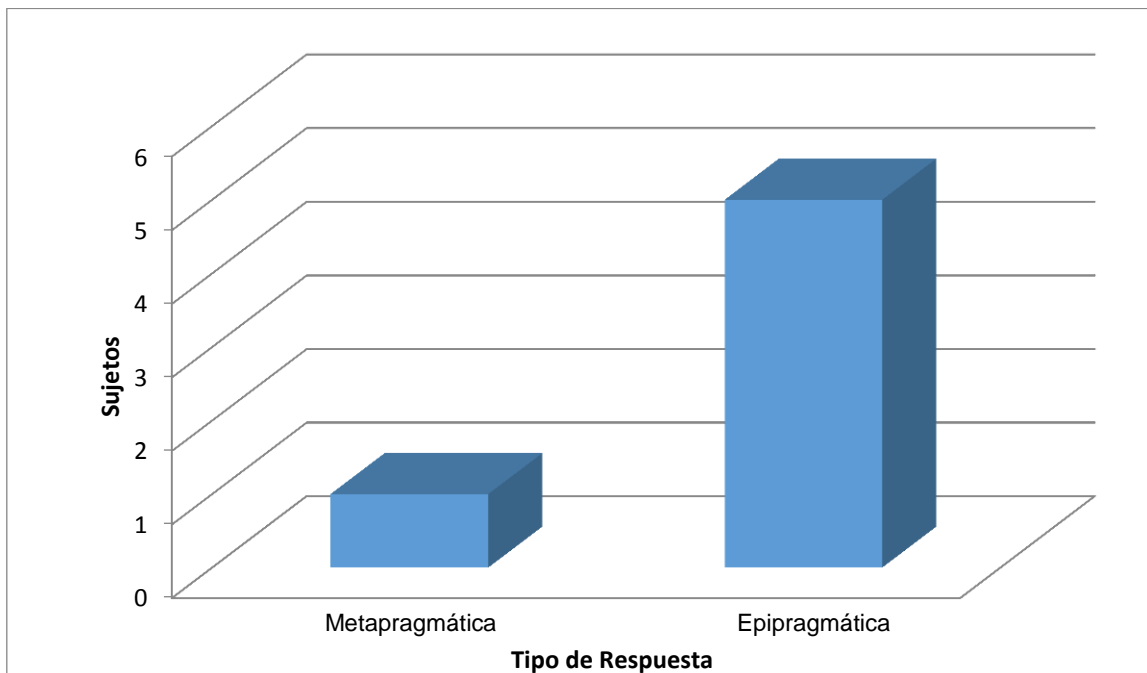


Gráfico 4: Análisis descriptivo de los resultados de niños con TEL

En los resultados obtenidos por los menores diagnosticados con TEL, se observa en el Gráfico 4 que de un total de 6 niños evaluados, 5 se encuentran en una fase epipragmática, es decir, la mayor cantidad de los menores demuestran un rendimiento al azar sin desarrollar aún la conciencia metapragmática.

b) Descripción del rendimiento epipragmático y metapragmático de los niños con TDA:

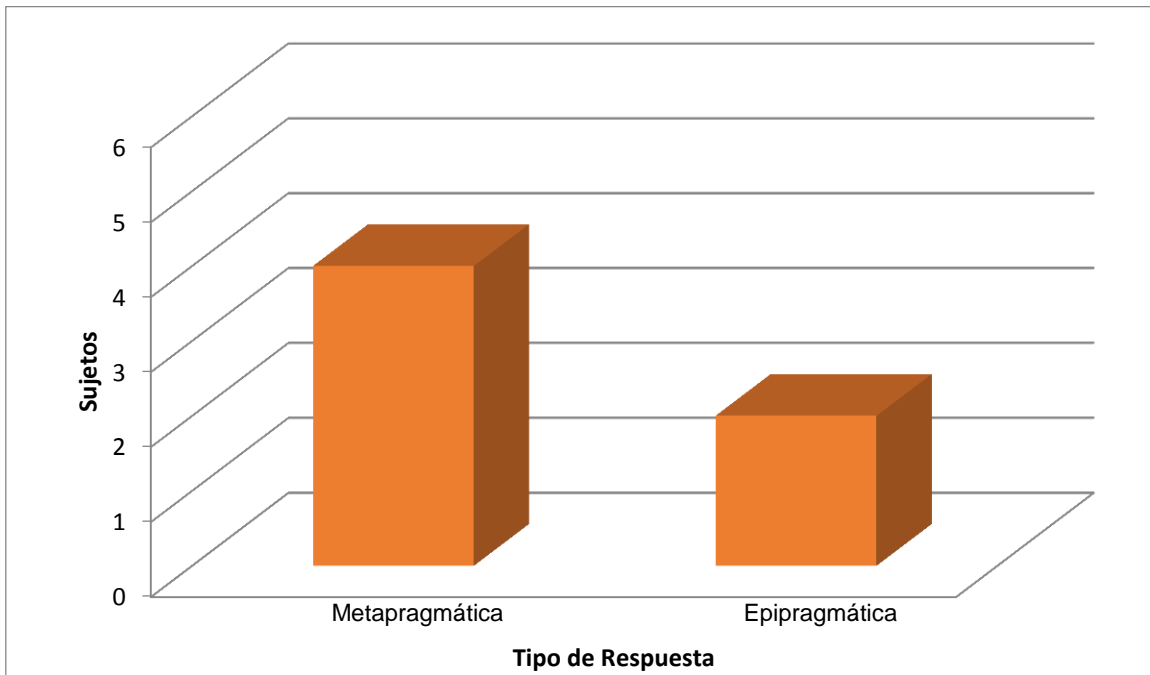


Gráfico 5: Análisis descriptivo de los resultados de niños con TDA

Al analizar los resultados del grupo diagnosticado con TDA, en el Gráfico 5 se evidencia que la mayor cantidad de la muestra (4 sujetos) presenta un comportamiento metapragmático. A pesar de presentar dificultad en el proceso cognitivo de atención, los menores logran percibir el error entre el contexto y la expresión lingüística.

c) Descripción del rendimiento epipragmático y metapragmático de los niños con DT:

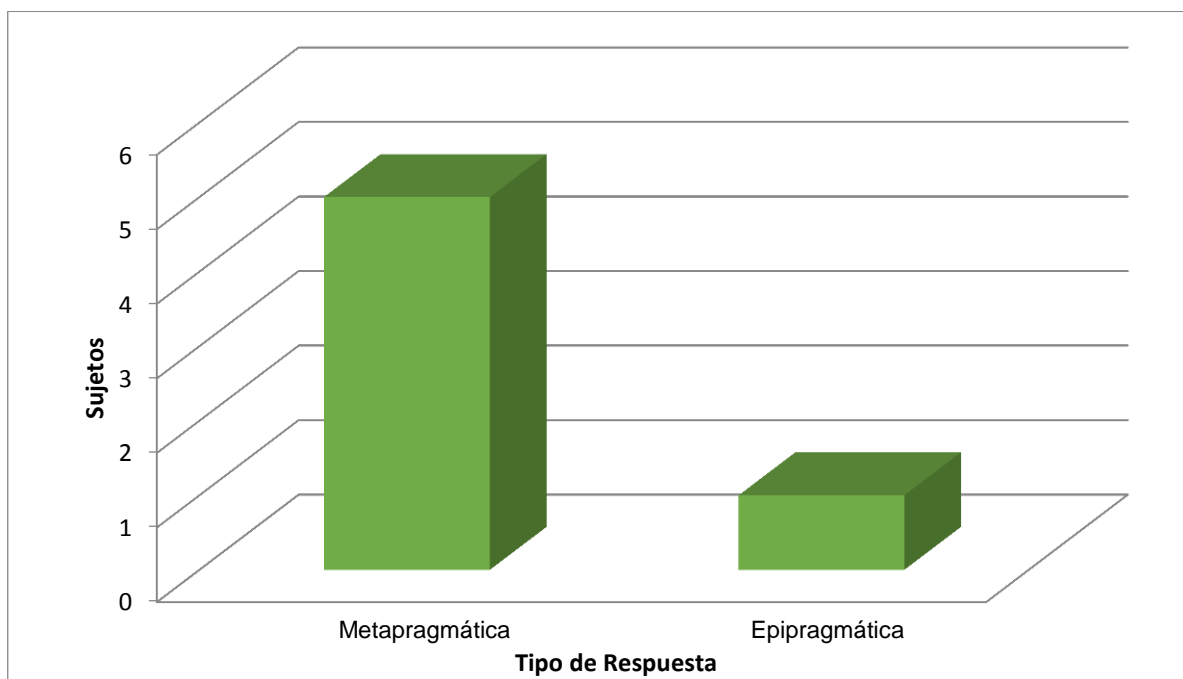


Gráfico 6: Análisis descriptivo de los resultados de niños con DT

En el caso de los menores con Desarrollo Típico del Lenguaje, se observa en el Gráfico 6 que solamente un niño presenta un desarrollo epipragmático, coincidiendo con el rango etario de 7 años, comportamiento que según los estudios expuestos en el apartado del marco teórico es normal para su edad. El resto de la muestra es capaz de identificar el error existente entre el contexto del acto comunicativo y la expresión lingüística, en todos los ítems evaluados.

4.- Distribución de puntajes totales según tipo de respuesta por ítem:

Con el fin de realizar una descripción más detallada de los datos recopilados en esta investigación, se presentará los análisis estadísticos de las respuestas obtenidas en cada ítem del test por grupo:

a) Referente Ambiguo

Tabla 5: Resultados del ítem Referente Ambiguo según condición

Condición	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. Típica
TEL	6	0	8	2,83	3,371
TDA	6	0	9	5,17	4,070
DT	6	1	10	7,0	4,000

En la Tabla 5 se puede observar que al analizar los resultados obtenidos del ítem Referente Ambiguo según cada condición, se observa un rendimiento similar entre TDA y DT, no así en los niños con TEL que presentan un menor rendimiento ($M = 2,83$), evidenciando que se les dificulta las tareas al enfrentarse a un contexto referencial con ambigüedad.

b) Instrucciones Ambiguas:

Tabla 6: Resultados del ítem Instrucciones Ambiguas según condición

Condición	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. Típica
TEL	6	1	7	4,00	2,191
TDA	6	0	8	4,83	3,488
DT	6	0	8	5,00	3,521

Al analizar los resultados obtenidos en el ítem de instrucciones ambiguas, se evidencia en la Tabla 6 que todos los menores evaluados (TEL, TDA y DT) presentan dificultades en la interpretación de los errores entre el contexto y la expresión lingüística, obteniendo rendimientos similares, lo que indica que a todos los niños independiente de la condición se les dificulta la comprensión de este tipo de tareas.

c) Diálogo Observado

Tabla 7: Resultados del ítem Diálogo Observado según condición

Condición	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. Típica
TEL	6	0	1	0,17	0,48
TDA	6	0	10	4,00	4,69
DT	6	0	10	6,50	5,05

En la Tabla 7, al analizar los resultados de este ítem se perciben diferencias entre los grupos evaluados, siendo los niños diagnosticados con TEL los que obtienen la media más baja con un total de 0,17, ya que no logran identificar el mal entendido y atribuyen el error al interlocutor incorrecto. A diferencia de los menores con DT quienes logran los puntajes más altos con una media de 6,50. Es decir, estos menores identifican correctamente el mal entendido en el diálogo entre los interlocutores.

De igual forma, podemos observar que los niños con TDA tienen un rendimiento superior al grupo TEL, sin embargo, no llegan a tener un resultado similar al grupo control. Por lo tanto, se infiere que esta actividad es mucho más compleja de entender para los niños con patología, fenómeno que no ocurre en los otros ítems.

5.- Análisis estadísticos paramétricos:

Primero, se describirán los análisis estadísticos realizados para determinar si se cumple el supuesto de homogeneidad de las varianzas y normalidad univariada, respectivamente:

Tabla 8: Prueba de homogeneidad de varianzas

Puntaje Total CMP			
Estadístico de			
Levene	gl1	gl2	Sig.
4,448	2	15	,030

En la Tabla 8 queda en manifiesto que la homogeneidad de varianzas en los resultados del puntaje total del CMP es significativa, lo que significa que las varianzas no se distribuyen homogéneamente entre los grupos.

Supuesto de normalidad univariada: La prueba de Kolmogorov-Smirnov indica que la variable dependiente (rendimiento en CMP) se distribuye normalmente (Zk-s :0.838; p=0.483).

A continuación, se presentan los resultados de la prueba ANOVA simple para determinar si existen diferencias significativas entre los grupos, lo que se puede observar en la Tabla 9.

Tabla 9: Análisis de Varianzas del CMP puntaje total entre TEL, TDA y DT

ANOVA					
CMP Total					
	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter-grupos	403,000	2	201,500	1,931	,179
Intra-grupos	1565,500	15	104,367		
Total	1968,500	17			

Al analizar los resultados inter-grupos de la prueba total, se observa en la Tabla 9 que no se encuentran diferencias significativas entre los diferentes grupos de este estudio.

6.- Análisis estadísticos no paramétricos por ítems de CMP

Tabla 10: Comparación múltiples según condición del ítem de Instrucción Ambigua

Variable dependiente: Instrucción Ambigua

	(I) cond	(J) cond	Diferencia de medias (I-J)	Error típico	Sig.	Intervalo de confianza al 95%	
						Límite inferior	Límite superior
Bonferroni	TEL	TDH	-,833	1,806	1,000	-5,70	4,03
		DT	-1,000	1,806	1,000	-5,87	3,87
	TDH	TEL	,833	1,806	1,000	-4,03	5,70
		DT	-,167	1,806	1,000	-5,03	4,70
	DT	TEL	1,000	1,806	1,000	-3,87	5,87
		TDH	,167	1,806	1,000	-4,70	5,03

Al analizar los resultados obtenidos, en la Tabla 10 se observa que no existe diferencia significativa en el ítem de instrucción ambigua entre los grupos TEL, TDA en comparación con el grupo control DT.

Tabla 11: Comparación múltiples según condición del ítem de Referente Ambiguo

Variable dependiente: Referente Ambiguo

	(I) cond	(J) cond	Diferencia de medias (I-J)	Error típico	Sig.	Intervalo de confianza al 95%	
						Límite inferior	Límite superior
Bonferroni	TEL	TDH	-2,333	2,209	,923	-8,28	3,62
		DT	-4,167	2,209	,236	-10,12	1,78
	TDH	TEL	2,333	2,209	,923	-3,62	8,28
		DT	-1,833	2,209	1,000	-7,78	4,12
	DT	TEL	4,167	2,209	,236	-1,78	10,12
		TDH	1,833	2,209	1,000	-4,12	7,78

En la Tabla 11 al igual que en el ítem anterior, se observa que no existe diferencia significativa en los resultados obtenidos en el ítem de Referente Ambiguo entre los menores evaluados. Resultados esperados debido a la igualdad de las medias descritas en el apartado anterior.

Tabla 12: Comparación múltiples según condición del ítem de Diálogo Observado

Variable dependiente: Diálogo Observado

					Intervalo de confianza al 95%		
	(I) cond	(J) cond	Diferencia de medias (I-J)	Error típico	Sig.	Límite inferior	Límite superior
Bonferroni	TEL	TDH	-3,833	2,301	,350	-10,03	2,37
		DT	-6,333*	2,301	,044	-12,53	-,13
	TDH	TEL	3,833	2,301	,350	-2,37	10,03
		DT	-2,500	2,301	,883	-8,70	3,70
	DT	TEL	6,333*	2,301	,044	,13	12,53
		TDH	2,500	2,301	,883	-3,70	8,70

*. La diferencia de medias es significativa al nivel 0.05.

En la Tabla 12, se observa que en cuanto al análisis de los resultados del ítem Diálogo Observado sí existe diferencia significativa, resultado que solamente se aprecia entre los grupos TEL y DT.

CAPITULO IV

CONCLUSIONES Y DISCUSIONES

En el siguiente apartado, se reflexiona acerca de los resultados encontrados en esta investigación en relación a cada condición evaluada: Trastorno Específico del Lenguaje, Trastorno con Déficit Atencional y Desarrollo Típico del Lenguaje. Los hallazgos del presente estudio serán contrastados con las explicaciones teóricas que fundamentan la conducta manifestada por los menores, tanto a nivel general del test, como también del comportamiento revelado en cada uno de los ítems evaluados del instrumento CMP.

En los resultados obtenidos en los niños con TEL, se observa que al igual que el estudio realizado por Pérez y Alfaro (2011), sobre el desarrollo de la conciencia metapragmática en los niños con Trastorno Específico del Lenguaje Mixto de entre 7 y 10 años, los menores se encuentran en una fase totalmente epipragmática, es decir, interpretan lo escuchado realizando una adecuación automática entre la información del contexto con el mensaje lingüístico. Este comportamiento, a pesar de la edad, se evidencia en todos los grupos etarios de la muestra estudiada. Dicho fenómeno se explicaría debido a que una característica inherente de los niños diagnosticados con TEL es la dificultad en la memoria de trabajo. Gombert (1992) plantea que uno de los factores claves que determinarían la conciencia metapragmática sería la memoria de trabajo. Ello se comprueba empíricamente en la investigación realizada por Crespo y Alvarado (2008), quienes estudiaron la relación existente entre la memoria de trabajo y la conciencia metapragmática en niños entre 8 y 9 años de edad, en actividades de recuerdo serial de dígitos y en la ejecución de las actividades del instrumento CMP, concluyendo que hay una asociación lineal positiva entre los puntajes de las pruebas evaluadas. En otras palabras, en la medida que aumenta el nivel de conciencia metapragmática, aumenta también el nivel de memoria de trabajo.

En cuanto a los resultados obtenidos en el desarrollo de la conciencia metapragmática de los niños diagnosticados con TDA, se observa que su rendimiento en las tareas del CMP es similar al del grupo control, logrando comportamientos metapragmáticos en la mayoría de los ítems de la prueba. Estos resultados se distinguen de los alcanzados en la investigación realizada por Crespo, García y Montenegro (2010), quienes evaluaron a

niños con Déficit Atencional con Hiperactividad (TDAH), condición que, desde el punto de vista cognitivo, debido a la inhibición conductual que caracteriza a estos menores impediría que realicen correctamente funciones ejecutivas referidas a la memoria de trabajo, internalización del lenguaje para modelar la mente, procesos de análisis, síntesis que favorecen la generación de nuevas reglas y el incremento de la flexibilidad (Barkley, 1997). De esta manera, se evidencia que la causa de esta conducta es la impulsividad, pero, sin desconocer esta fundamentación, es posible señalar que la alteración está a un nivel más profundo, es decir, en la capacidad de controlar el uso oral del lenguaje a través de la conciencia metapragmática (Crespo, García & Montenegro, 2010). Ello explicaría por qué los menores estudiados en nuestra investigación presentaron un rendimiento similar a los niños con Desarrollo Típico del Lenguaje, ya que la característica de hiperactividad no interferiría en el rendimiento metapragmático de nuestro grupo.

Ahora bien, un estudio realizado por Pineda, Restrepo, Henao, Gutiérrez y Sánchez (1999) evidencia que los niños diagnosticados con TDA no parecen tener una alta proporción de trastornos importantes en el desarrollo del lenguaje. Se ha observado la presencia de algunas alteraciones sutiles, las cuales se manifestarían en la organización del habla narrativa, debido a que su tendencia es hablar más de lo normal en la conversación espontánea, además de la incapacidad para inhibir el discurso irrelevante en situaciones donde debería permanecer en silencio. Sin embargo, cuando los niños con TDA son sometidos a tareas verbales dirigidas o controladas, frecuentemente presentan una menor fluidez. Al ser el CMP una prueba con actividades dirigidas y con una estructura de juego, donde el requerimiento expresivo es mínimo (hacer una pregunta al conejo), explicaría también el por qué los menores de nuestro estudio presentaron un buen rendimiento en las tareas del CMP en comparación con la condición TEL.

De igual forma, es importante considerar que los niños de la muestra pertenecen al Proyecto de Integración Escolar de su establecimiento. Dicho programa brinda tratamiento fonoaudiológico y con educadora diferencial el cual se realiza de forma individual y en el aula de recursos. Por lo que se infiere que aquellos apoyos ayudaron a los menores a lograr un adecuado rendimiento frente a las tareas del CMP.

En cuanto a los resultados obtenidos por los niños con Desarrollo Típico del Lenguaje, se observó que el desarrollo de la conciencia metapragmática ocurría en forma recursiva, es decir, a medida que aumenta la edad los menores evaluados eran capaces de no tan sólo identificar el error existente entre el contexto del acto comunicativo y la expresión lingüística, sino también explicarlo, logrando un control reflexivo del lenguaje. Resultados similares a los obtenidos en la investigación realizada por Crespo (2009), donde se evaluó a 103 niños de 8 años de edad promedio a través del instrumento CMP, concluyendo que las respuestas epi y metapragmáticas se pueden presentar en un mismo niño, variando sólo su frecuencia de uso, indicando así que el paso de una a otra ocurre en fases recursivas, más que en etapas determinadas. Este hecho fue descrito por Gombert (1992), quien señala que la fase metapragmática se desarrolla en la medida que aumenta la edad de los menores.

Uno de los hallazgos relevantes de mencionar al analizar los gráficos es el rango etario de 7 – 8 años. Al respecto, se observa que los menores se comportan de manera similar, independiente de su condición, presentando respuestas mayoritariamente epipragmáticas, por lo que podemos inferir que esta igualdad de resultado es lo que hace que no exista diferencia significativa entre los grupos clínicos y el grupo con Desarrollo Típico.

En cuanto a los diferentes tipos de ejercicios que componen la prueba CMP, se observa que al analizar los resultados obtenidos no existe diferencia significativa en los ítems de instrucción ambigua ni referente ambiguo entre los grupos TEL y TDA en comparación con el grupo control DT. No obstante, esta diferencia sí se evidencia en el ítem de diálogo observado, resultado que solamente se aprecia entre los grupos TEL y DT. Esto evidenciaría que no todos los ítem presentan el mismo nivel de dificultad para los menores evaluados.

Otra investigación que demuestra el rendimiento en este tipo de tareas, fue la de Crespo, Manghi y García (2007), quienes al comentar los resultados en una muestra de niños con Desarrollo Típico, encuentran que el diálogo observado resulta el más fácil, le sigue instrucciones ambiguas y, finalmente, el más difícil es el referente ambiguo. Si contrastamos estos hallazgos con nuestros resultados, podemos observar que sucede lo

contrario, ya que los niños con TEL y TDA tienden a igualarse en los resultados de los ítems de instrucciones ambiguas y referente ambiguo, en comparación con el ítem de diálogo observado donde se evidencia diferencia significativa entre la condición de TEL y DT. Este hecho podría explicarse porque en los diferentes ejercicios las relaciones entre el contexto y el mensaje lingüístico no siempre se realizan de la misma manera. Así el ejercicio de referente ambiguo obliga al sujeto a discriminar la especificidad de un deíctico determinado: “elige el gato con collar” y no “elige un gato con collar”. En tanto, en las instrucciones ambiguas, el elemento no lingüístico que debe emparejar el niño está completamente relacionado con el hacer inmediato por parte del sujeto y esta situación, tal vez, implique una información adicional al niño y le permita desempeñarse mejor. Por el contrario, en el ítem de diálogo observado, el menor debe darse cuenta de quién se ha equivocado en el emparejamiento con el contexto, ya sea el emisor o el receptor, lo que podría agregar un grado de dificultad mayor para los niños evaluados en este estudio.

En cuanto a los objetivos propuestos en esta investigación, se logró describir y comparar el rendimiento de la muestra según condición, rango etario e ítems evaluados. Concluyendo que la hipótesis no se cumple a cabalidad, debido a que inicialmente se esperaba que tanto las condiciones de TEL como TDA presentaran un rendimiento epipragmático independiente de la edad cronológica de los estudiantes. No obstante, al interpretar los resultados se demuestra que esta premisa solamente ocurre en la condición de TEL, ya que los niños con TDA presentan un desarrollo de la conciencia metapragmatica similar al grupo control, evidenciando que a pesar de presentar dificultad en el proceso cognitivo de atención logran responder adecuadamente las actividades de la prueba. Por otra parte, es importante mencionar que la limitación observada en esta investigación fue el reclutar niños con diagnóstico de TEL correspondientes al rango etario de 11 a 12 años, debido a que en esta edad el trastorno se presenta con patologías concomitantes, dejando de cumplir los criterios establecidos para diagnosticar TEL.

Para finalizar, es fundamental mencionar que los resultados obtenidos en este estudio permiten contribuir a la recopilación de información acerca del desarrollo de la conciencia metapragmática en las poblaciones con patologías, a saber TEL y TDA. Obteniendo antecedentes para determinar la distinción entre fenotipos clínicos y cognitivos, aportando a la creación de planes terapéuticos para el desarrollo de la conciencia

metapragmática en estos niños. De igual forma, se enfatiza instaurar la evaluación de la conciencia metapragmática en la práctica fonoaudiológica por su relación con habilidades subyacentes, como por ejemplo; con la memoria de trabajo, logrando así un impacto a nivel educacional y a nivel fonoaudiológico. Con el fin de generalizar estos resultados, surge la necesidad de realizar estudios utilizando una muestra mayor que permita un análisis estadístico para corroborar las diferencias en el rendimiento de los diferentes grupos.

BIBLIOGRAFÍA

- Acosta Rodríguez, V. y Moreno Santana, A. M. (1999). Dificultades del lenguaje en ambientes educativos. Del retraso al trastorno específico del lenguaje. Barcelona: Masson.
- Aguado, G. (1999). Trastorno Específico Del Lenguaje: Retraso del Lenguaje y Disfasia. Málaga: Ediciones Aljibe.
- Aguado, G. (2007). Apuntes acerca de la investigación sobre el TEL. Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología, 27, 103-109.
- American Psychiatric Association (2002). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR. Barcelona: Masson.
- American Psychiartric Association (2013). DSM-V. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5thEdition). Washington, DC: Author.
- Aranda, A., Cornejo, E., Mancilla, M., Quintero, A., & Ruiz, A. (2010). Desarrollo de la Conciencia Metapragmática en niños diagnosticados con Síndrome de Asperger. (Tesis de pregrado). Universidad de Valparaíso. Viña del Mar.
- Arévalo, I., Mesa, C., Flórez, R., Torrado, M., Mondragón, S., & Pérez, C. (2005). Habilidades metalingüísticas, operaciones metacognitivas y su relación con los niveles de competencia en lectura y escritura: un estudio exploratorio. Forma y Función, 15-44.
- Argüelles, D. (2010). Estrategias para promover procesos de aprendizaje autónomo. Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal, 209 – 2011.
- Artigas-Pallarés, J. (2003). Comorbilidad en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad. Revista Neurológica, 68 - 78.
- American Psychiatric Association (1980). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd ed., Rev. ed.) Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Baddeley, A. (2012). Working Memory: Theories, Models, and Controversies. Rev. Psychol, 1–29.
- Baixauli-Fortea, I., Roselló-Miranda, B., & Colomer-Diago, C. (2015). Relaciones entre trastorno del lenguaje y competencia socioemocional. Revista Neurológica, S51-S56.
- Barkley, R. (1998). Attention Deficit Hyperactivity Disorder. Copyright 1998 Scientific American, Inc.

- Barkley, R.A. (2000). *Taking charge of ADHD*. New York. The Guilford Press.
- Baack, J., Monsalve, A., Muñoz, C., Ramos, A., & Robles, M. (2007). *Habilidad metapragmática comprensiva en niños con y sin Trastorno Específico del Lenguaje Mixto*. (Tesis de pregrado). Universidad de Valparaíso. Viña del Mar.
- Beorlegui, C. (2007). El lenguaje y la singularidad de la especie humana. *Revista de Filosofía*, 583 – 590.
- Bernstein, B.: (1985). "Algunos condicionantes sociológicos de la percepción" en *Clases, códigos y control. Estudios teóricos para una sociología del lenguaje*. Vol. I. Ed. Akal Universitaria, Madrid.
- Bishop, D.V.M. (1997). *Uncommon understanding. Development and disorders of language comprehension in children*. Hove (UK): Psychology Press.
- Bishop, D.V.M. y Norbury, C.F. (2002). Exploring the borderlands of autistic disorder and specific language impairment: A study using standardised diagnostic instruments. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43, 917-929.
- Buiza-Navarrete, J., Adrián-Torres, J., & González-Sánchez, M. (2007). Marcadores neurocognitivos en el trastorno específico del lenguaje. *Revista Neurológica*, 326-333.
- Carretero, M. (2001). Metacognición y educación. *Estudios pedagógicos*, 187 – 197.
- Castellanos, F. X., & Acosta, M. T. (2002). El síndrome de déficit de atención con hiperactividad como expresión de un trastorno funcional orgánico. *Revista de Neurología*, 35, 1-11.
- Castillo, A. & Paternina, A. (2005). *Redes Atencionales y Sistema Visual Selectivo*. Universidad Psychol. Bogotá (Colombia), 305-325.
- Castro, R., Giraldo, M., Hincapié, L., Lopera, F., & Pineda, D. (2004). Trastorno específico del desarrollo del lenguaje: una aproximación teórica a su diagnóstico, etiología y manifestaciones clínicas. *Revista de Neurología*, 1173-1181.
- Coloma, C., Pavez, M. & Maggiolo, M. (2002). Caracterización, análisis y estimulación del discurso narrativo en niños con trastorno específico del lenguaje. *Revista Chilena de Fonoaudiología*, 3: pp. 75-90.
- Coloma, C.J. (2013). *Sintaxis compleja y discurso narrativo en escolares con Trastorno Específico del Lenguaje (TEL)*. (Tesis doctoral). Universidad de Granada, España
- Colmenero, J., Catena, A., & Fuentes, L. (2001). Atención visual: Una revisión sobre las redes atencionales del cerebro. *Anales de Psicología*, 45 - 67.

- Contreras, C., y Mendoza, E. (2011). El rastreo sintáctico y la planificación de sintagmas: diferencias entre el Trastorno Específico del Lenguaje y la deprivación sociocultural. *Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología*, 31, 1, 47-56
- Cornejo, W., Cuartas, M., Gómez-Uribe, LF. y Carrizosa, J. (2004). Caracterización clínica y simulaciones de poder para ligamiento genético en el trastorno por déficit de atención con hiperactividad en familias antioqueñas. *Rev Neurol*, 35: 1-10.
- Correa, M., Lira, H., & Castro, F. (2002). Hacia una conceptualización de la metacognición y sus ámbitos de desarrollo. *Horizontes Educativos*, 58-63.
- Conti-Ramsden, G. (2002). Continuidad académica y educativa en niños con trastorno específico del lenguaje (TEL). *Revista Chilena de Fonoaudiología*, 3, 25-38.
- Clarke, L., Ungerer, J., y Chahud, K. (2002). Attention Deficit Hyperactivity Disorder is Associated with Attachment Insecurity. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*; Vol (7): 179-198.
- Crespo Allende, N. (2009). La medición de la conciencia metapragmática de los niños: Resolviendo la ambigüedad en la comprensión oral. *Revista de Lingüística Teórica y Aplicada*.
- Crespo Allende, N., & Alfaro Faccio, P. (2010). Desarrollo Tardío del lenguaje: la conciencia metapragmática en la edad escolar. *Univ. Psychol*, 229 - 240.
- Crespo Allende, N., & Alvarado Barra, C. (2010). Conciencia metapragmática y memoria operativa en niños escolares. *Literatura y Lingüística*, 93 - 108.
- Crespo, N., & Rojas Crespo, D. (2010). Clase social y desarrollo de la conciencia metapragmática de los niños. *Estudios Filológicos*, 25-41.
- Crespo, N., Benítez, R., & Pérez, L. (2010). Conciencia metapragmática y la habilidad para producir narraciones escritas. *Revista Signos*, 179-209.
- Crespo, N., García, G., & Montenegro, C. (2010). La incidencia del Déficit Atencional en el desarrollo de algunas habilidades cognitivas y metalingüísticas. *Sintagma* 21, 5-20.
- Crespo, N., García, G., & Ramos, C. (2011). Habilidades Subyacentes al Desarrollo del Lenguaje en la Escuela. *Conciencia Metapragmática, teoría de la mente y razonamiento analógico verbal*. Editorial académica española.
- Crespo, N., Manghi, D., García, G., & Cáceres, P. (2007). Déficit de atención y comprensión de significados no literales: interpretación de actos de habla indirectos y frases hechas. *Revista de Neurología*.

- Crespo, N., Pérez, D. y Alfaro, P. (2008). Instrumento de evaluación de la conciencia metapragmática. CMP. Instrumento Multimedia. Manual de Aplicación Valparaíso: Litografía Garín. S.A.
- De Barbieri, Z., Schonhaut, L., Maggiolo, M., Rojas, P., & Salgado, A. (2007). Dificultades de lenguaje en preescolares: Concordancia entre el test TEPSI y la evaluación fonaudiológica. *Revista Chilena de Pediatría*, 369 - 375.
- Díaz, J. (2006). Habilidades metalingüísticas en niños alfabetizados de bajo nivel socioeconómico. *Umbral Científico*. 8, 12-20.
- Díez, M., Pacheco, D., Caso, A., García, J., & García, E. (2009). El desarrollo de los componentes del lenguaje desde aspectos psicolingüísticos. *Revista de Psicología*, 129-136.
- Erdman, P. (1998). Conceptualizing ADHS as a contextual response to parental attachment. *American Journal of Family Therapy*, 26, 177-185.
- Etchepareborda, M. C. y Abad, L. (2001). Sustrato biológico y evaluación de la atención. *Revista de Neurología*, 2 (1), 113-124.
- Fernández, A. L. (2014). Neuropsicología de la atención. Conceptos, alteraciones y evaluación. *Revista Argentina de Neuropsicología* 25, 1 - 28.
- Fisher SE, Vargha-Khadem F, Watkins KE, Monaco AP, Pembrey ME. "Localisation of a gene implicated in a severe speech and language disorder". *Nature Genetics*. 1998; 18: 168-170.
- Ford, J.A. y Milosky, L.M. (2008). Inference Generation During Discourse and Its Relation to Social Competence: An Online Investigations of Abilities of Children With and Without Language Impairment. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 51 (2), 367 -380.
- Funes, M., & Lupiáñez, J. (2003). La teoría atencional de Posner: una tarea para medir las funciones atencionales de Orientación, Alerta y Control Cognitivo y la interacción entre ellas. *Psicothema*, 260-266.
- Flavell, J. (1976). *El desarrollo cognitivo*. Madrid. Visor
- Flórez, R., Torrado, M.C, & Magnolia, C. (2006). Emergencia de las capacidades metalingüísticas. *Rev. Latinoamericana de Psicología*, 38, 3, 457-475.
- Fresneda, D. & Mendoza, E. (2005). Trastorno Específico del Lenguaje: Concepto, clasificaciones y criterios de clasificación. *Revista de Neurología*, 41, 51-56.

- García-Sevilla, J., & Fuentes, L. (2008). Qué aporta el estudio del devenir histórico a la atención como constructo psicológico. *Revista de Historia de la Psicología*, 99-126.
- Gómez Pérez, E., Ostrosky Solís, F., & Próspero García, O. (2003). Desarrollo de la atención, la memoria y los procesos inhibitorios: relación temporal con la maduración de la estructura y función cerebral. *Revista Neurológica*, 561-567.
- Gombert, J. (1992). *Metalinguistic development*. Chicago, University of Chicago.
- Idiazábal-Alecha, M., Guerrero-Gallo, D., & Sánchez-Bisbal, M. (2006). Procesamiento del lenguaje en el trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Revista Neurológica*, 29 - 36.
- Ingram, TS. (1975). Speech disorders in childhood. En: Lenneberg, E, H// Lenneberg, E. *Foundations of language development*. New York: Academic Press., 195 – 261.
- Jakobson, R. (1975). *Ensayos de lingüística general*. Barcelona. Seix Barral.
- Jaramillo, S., & Osses, S. (2008). Metacognición: Un Camino para aprender a aprender. *Estudios Pedagógicos XXXIV*, 187-197.
- Javorsky, J. (1996) An examination of youth with attentiondeficit/hyperactivity Disorder and Language Learning Disabilities: A clinical study. *Journal of Learning Disabilities*, 29, 247-258.
- Jiménez Rodríguez, J. (2010). Adquisición y desarrollo del lenguaje. *Psicología del desarrollo en la etapa de educación infanti*.
- Karmiloff-Smith, A. (1992). “Auto-organización y cambio cognitivo”. En *Substratum*. Vol. 1, N°, 1. 19-43.
- Lacon de Lucia, N., & Ortega, S. (2008). Cognición, metacognición y escritura. *Revista Signos*, 231-255.
- Law, J., Tomblin, J.B. y Zhang, X. (2000). Characterizing the growth trajectories of language-impaired children between 7 and 11 years of age. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 51, 739-749.
- León Urquijo, A. P., Jiménez Rojas, A. M., & Restrepo Ramírez, G. (2010). El trastorno por déficit de atención en el sector educativo. 1909-2814.
- Leonard, L.B. (1998). *Children with specific language impairment*. Cambridge: MIT Press.
- Leonard, L.B. (2009). Is expressive language disorder an accurate diagnostic category? *American Journal of Speech-Language Pathology*, 18, 115-123.

- Levy, Y. (1999). "Early metalinguistic competence: speech monitoring and repair behavior". En *Developmental psychology*, 35, 3, 822-834
- López, I., Behme, V., Förster, J., Troncoso, L., Mesa, T., García, R. (2006). *Síndrome de Déficit Atencional*. Ed: Universitaria.
- Lupón, M., Torrents, A., & Quevedo, L. (2006). *Procesos Cognitivos Básicos*.
- Luria, A. R. (1961). *The role of speech in the regulation of normal and abnormal behavior*. Nueva York: Liveright.
- Martínez, M., Henao, G.C. y Gómez, L.A. (2009). Comorbilidad del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad con los Trastornos Específicos del Aprendizaje. *Revista Colombiana Psiquiatría*, 38(1), 178-194.
- Mendoza Lara, E. (2001). *Trastorno Específico del Lenguaje*. Psicología Pirámide.
- Mendoza Lara, E., & Contreras González, M. (2011). El rastreo sintáctico y la planificación de sintagmas: diferencias entre los trastornos específicos del lenguaje y la privación sociocultural. *Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología*, 47-56.
- Monfort, M. & Juárez A. (2004). *Niños con trastornos pragmáticos del lenguaje y la comunicación*. Madrid: Enthaediciones..
- Mulas, F., Etchepareborda, M.C., Díaz-Lucero, A. & Ruíz-Andrés, R. (2006). El lenguaje y los trastornos del neurodesarrollo. Revisión de las características clínicas. *Revista neurológica*, 42 (2), 103 - 109.
- Narbona-García, J., & Schlumberger, E. (1999). Trastornos específicos del desarrollo del lenguaje: bases neurobiológicas. *Revista Neurológica*.
- Navarro, M. (2003). Adquisición del Lenguaje. El principio de la comunicación. *CAUCE*, 321 - 347.
- Navarro, M., & García-Villamisa, D. (2011). Comorbilidad entre el Trastorno por déficit de atención con hiperactividad y los trastornos internalizantes. *Revista de Psicología*, 295-304.
- Newman, L. (1996). ADHD - Retrinking the epidemia. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 17, 107-108.
- Nippold, M. (1998). *Later Language Development*. Austin: Pro.Ed.
- Norman, D. A. (1968). Toward a theory of memory and attention. *Psychological Review*, 75, 522-536.

- Papazian, O., Alfonso, I. y Luzondo, R. (2006). "Trastornos de las funciones ejecutivas". *Revista de Neurología*, 43(3), 45-50.
- Pavez, M. M., Coloma, C. J. & González, P. (2001). Discurso narrativo y desempeño gramatical en niños con Trastorno Específico del Lenguaje. *Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología*, 2, 124-130.
- Pérez, D., Cáceres, S., Góngora, B., Calderón, C., Cáceres, P. (2014). Instrumento de Evaluación de los Trastornos Específicos del Lenguaje en Edad Escolar. IDTEL. Escuela de Fonoaudiología: Universidad de Valparaíso.
- Petersen, D., & Gardner, C. (2011). Trastorno Específico del Lenguaje: Una Revisión. *Revista Chilena de Fonoaudiología*, 19-32.
- Peters, J.E., Davis, J.S., Goolsby, C.M., Clements, S.D., Hicks, T.J. (1973). *Physician's Handbook Screening for MBD*. CIBA Medical Horizons, Little Rock, Arkansas
- Piaget, J. E Inhelder, B. (1987). *Psicología del niño*. Madrid: Morata
- Pineda, D., Restrepo, M., Henao, G., Gutiérrez, V., & Sánchez, D. (1999). Comportamientos verbales diferentes en niños de 7 a 12 años con déficit de atención. *Revista Neurológica*, 1117 - 1127.
- Posner, N. I. & Petersen, S. E. (1990). The attention system of the human brain. *Annual Review of Neurosciences*, 13, 25-42.
- Posner, N. I. & Raichle, (1994). *Images of mind*. New York: Scientific American Library.
- Posner, N. I. & Dehaene, S. (1994). Attentional networks. *Trends in Neurosciences*, 75-79.
- Puyuelo Sanclemente, M., Rondal, J.-A., Wiig, E., Gotzens Busquets, A., & Giné, C. (2005). *Evaluación del Lenguaje*. Barcelona (España): Masson, S.A.
- Rapin, I. (1987). *Disfunción cerebral en la infancia*. Barcelona, Martínez Roca
- Rinaldi, W. (2000). Pragmatic comprehension in secondary school-aged students with specific developmental language disorder. *International Journal of Language and Communication Disorders*, 35, 1-29.
- Ríos - Lagos, M., Periañez, J., & Rodríguez Sánchez, J. (2000). *Neuropsicología de la atención*.
- Roqueta, C., & Clemente, R. (2010). Dificultades pragmáticas en el trastorno específico del lenguaje. El papel de las tareas mentalistas. *Psicothema*, 677-683.
- Sapir, E. (1949). *Culture, Language and Personality*. The regents of the University of California.

- Serra, M., Aguilar, E. y Sanz-Torrent, M. (2002). Evolución del perfil productivo en el Trastorno del lenguaje. *Revista de Logopedia, Foniatría y Audilología*, XXII (2), 77-89.
- Smith, E., & Kosslyn, S. (2008). *Procesos Cognitivos: Modelos y Bases Neurales*. Madrid. Pearson Educación, S.A.
- Shaywitz, S.E. y Shaywitz, B.A. (1991). Comorbidity: A critical Issue in Attention Deficit Disorder. *Journal of Child Neurology*, 6, suppl: S13-S20.
- Spackman, M., Fujiki, M., Brinton, B., Nelson, D., & Allen, J. (2006). The ability of children with language impairment to recognize emotion conveyed by facial expression and music. *Communication Disorders Quarterly*, 26, 131-143
- Stark, R.E. y Tallal, P. (1981). Selection of children with specific language deficits. *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 46, 114-122.
- St Clair, M. C., Pickles, A., Durkin, K., & Conti-Ramsden, G. (2011). A longitudinal study of behavioral, emotional and social difficulties in individuals with a history of specific language impairment (SLI). *Journal of Communication Disorders*, 44 (2), 186-199.
- Tomblin, J.B., Records, N.L., Buckwalter, P., Zhang, X., Smith E. y O'Brien, M. (1997). Prevalence of specific language impairment in kindergarten children. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 40, 1245-1260.
- Thordardottir, E. y Weismer, S. (2002). *Cognition and Language. Disorders of Language Development* (pp. 21 -37). Timonium, MD: York Press, Inc.
- Treisman, A. M. (1964). Selective attention in man. *British Medical Bulletin*, 20, 12-16.
- Ullman, M. y Pierpont, E. (2005). Specific language impairment is not specific to language: the procedural deficit hypothesis. *Cortex*. 41(3):399-433
- Vaidya, C., Austin, G., Kirkorian, G., Ridlehuber, H., Desmond, J., Glover, G., & Gabrieli, J. (1998). Selective effects of methylphenidate in attention deficit hyperactivity disorder: A functional magnetic resonance study. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 95(24), 14494-14499.
- Van Kleeck, A. (1994). *Desarrollo Metalingüístico. En debilidades en el aprendizaje del lenguaje en niños y adolescentes en edad escolar. Algunos principios y aplicaciones*. New York. Macmillan.

- Van Kleeck, A. (1995). Desarrollo Metalingüístico. En debilidades en el aprendizaje del lenguaje en niños y adolescentes en edad escolar. Algunos principios y aplicaciones. New York. Macmillan.
- Vaquerizo, J. (2005). Hiperactividad en el niño preescolar: descripción clínica. Revista Neurológica, 25 – 32.
- Verschueren, J. (2000). Cómo entender la pragmática. Madrid: Cremos.
- Verschueren, J. (2002). "Notes on the role of metapragmatic awareness". Language use, Pragmatics, 10(4), 439-456.
- Villanueva P., Barbieri Z., Palomino, H., & Palomino H. (2008). Alta prevalencia de trastorno específico de lenguaje en isla Robinson Crusoe y probable efecto fundador. Revista médica de Chile, 186-192.
- Wechsler, D. (1991/1997). Test de Inteligencia para Niños WISC-III. Manual (Traducción de Ofelia Castillo). Buenos Aires: Paidós.
- Ygual-Fernández, A., Miranda- Casas, A., & Cervera-Mérida, J. (2000). Dificultades en las dimensiones de forma y contenido del lenguaje en los niños con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad. Revista de Neurología Clínica, 193-202.

ANEXOS

Anexo 1: Carta entregada al Departamento de Educación Municipal

La Calera, Marzo 2015.

Señor: Roberto Bustamante Aguilar

Jefe DEM de La Calera

Junto con saludarlo cordialmente, escribo la presente carta con el fin de solicitar autorización para realizar un estudio en las escuelas municipales de la ciudad. Soy fonoaudióloga egresada de Magíster de Fonoaudiología de la Universidad de Valparaíso, y me encuentro en proceso de tesis, por lo cual estoy en vías de efectuar un estudio cuyo título es: **“Conciencia Metapragmática en niños entre 7 y 12 años con Trastorno Específico del Lenguaje, Trastorno por Déficit Atencional y Desarrollo Típico del Lenguaje”**, es por esto que solicito a usted autorizar la realización de esta investigación específicamente en los colegios El Libertador y Palestina de la comuna La Calera.

Para realizar esta labor, se efectuará una evaluación a los alumnos diagnosticados con Trastorno Específico del Lenguaje y Trastorno por Déficit Atencional que se encuentren dentro del rango etario entre 7 y 12 años y que pertenezcan al Proyecto de Integración Escolar de ambos colegios. La evaluación se llevará a cabo a través de un software dirigido a medir conciencia metapragmática, el CMP, que corresponde a un software multimedia, creado por Crespo, Pérez y Alfaro (2008) en el marco del Proyecto FONDECYT 1070333. Este instrumento consta de tres ejercicios distribuidos en 29 ítems, y en los cuales se les pide a los sujetos dar cuenta acerca de desajustes evidentes entre el mensaje lingüístico y el contexto donde fue enunciado.

Finalizado tal proceso y luego de obtener los respectivos resultados, me comprometo a dejar un duplicado del estudio en este Departamento de Educación, con su respectivo informe y sugerencias.

Sin otro particular, a la espera de una favorable respuesta, se despide cordialmente.

Yo.....,RUT.....

Jefe DAEM La Calera, autorizo la realización del estudio: “Conciencia Metapragmática en niños entre 7 y 12 años con Trastorno Específico del Lenguaje, Trastorno por Déficit Atencional y Desarrollo Típico del Lenguaje”

Vanessa Nicole Galindo Delgado
Fonoaudióloga
C.I.: 17.078.289-5

Roberto Bustamante Aguilar
Jefe DAEM La Calera

Anexo 2: Carta entregada a los Directores de los Establecimientos

La Calera, Marzo 2015.

Sr. Jury García Ancamil

Director del Colegio “Palestina”

Junto con saludarlo cordialmente, escribo la presente carta con el fin de solicitar autorización para realizar un estudio en su establecimiento. Soy fonoaudióloga egresada de Magíster de Fonoaudiología de la Universidad de Valparaíso, y me encuentro en proceso de tesis, por lo cual estoy en vías de efectuar un estudio cuyo título es: **“Conciencia Metapragmática en niños entre 7 y 12 años con Trastorno Específico del Lenguaje, Trastorno por Déficit Atencional y Desarrollo Típico del Lenguaje”**.

Para realizar esta labor, efectuaré una evaluación en los alumnos diagnosticados con Trastorno Específico del Lenguaje y Trastorno por Déficit Atencional que tengan entre 7 y 12 años y que pertenezcan al Proyecto de Integración Escolar de su establecimiento. La evaluación se llevará a cabo a través de un software dirigido a medir conciencia metapragmática, el CMP, que corresponde a un software multimedia, creado por Crespo, Pérez y Alfaro (2008) en el marco del Proyecto FONDECYT 1070333. Este instrumento consta de tres ejercicios distribuidos en 29 ítems, y en los cuales se le pedirá a cada alumno dar cuenta acerca de desajustes evidentes entre el mensaje lingüístico y el contexto donde fue enunciado.

Finalizado tal proceso y luego de obtener los respectivos resultados, me comprometo a dejar un duplicado del estudio en el establecimiento, con su respectivo informe y sugerencias.

Sin otro particular, a la espera de una favorable respuesta, se despide cordialmente.

Yo.....,RUT.....
Director del colegio “Palestina”, autorizo la realización del estudio: “Conciencia Metapragmática en niños entre 7 y 12 años con Trastorno Específico del Lenguaje, Trastorno por Déficit Atencional y Desarrollo Típico del Lenguaje”.

Vanessa Nicole Galindo Delgado
Fonoaudióloga
C.I.: 17.078.289-5

Jury García Ancamil
Director colegio “Palestina”

Anexo 3: Consentimiento informado para padres

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PADRES

El propósito del presente documento es invitarlo a participar en el estudio titulado “Desarrollo de la Conciencia Metapragmática en niños con Trastorno Específico del Lenguaje, Trastorno por Déficit Atencional y Desarrollo Típico del Lenguaje”, cuyo investigador principal es la Flga. Vanessa Galindo Delgado, asesorado por Dra. Denisse Pérez Herrera. Para que usted pueda tomar una decisión informada, le explicaremos a continuación cuáles serán los procedimientos involucrados en la ejecución de la investigación, así como en qué consistiría la colaboración de su hijo(a) y/o pupilo(a):

1. La investigación mencionada será efectuada durante el segundo semestre del año 2015, ésta se realizará en establecimientos educacionales municipales de la comuna de La Calera que cuenten con Programa de Integración Escolar.
2. El presente estudio permitirá conocer el rendimiento en actividades referidas a la conciencia metapragmática en niños de entre 7 y 12 años, diagnosticados con Trastorno Específico del Lenguaje, Trastorno por Déficit atencional, y Desarrollo Típico del Lenguaje. Logrando como beneficio obtener información del desarrollo de la Conciencia Metapragmática en estos trastornos. Además, luego de culminar la evaluación en el caso de que los resultados de sus pupilos en la actividad sean descendidos, se realizará un tratamiento remedial basado en la estimulación de la conciencia metapragmática, el cual se efectuará en el establecimiento por la fonoaudióloga a cargo de la investigación.
3. Los objetivos son establecer el rendimiento de la Conciencia Metapragmática en la muestra en estudio, establecer la diferencia en el rendimiento de la Conciencia Metapragmática entre los grupos que presentan Trastorno Específico del Lenguaje y Trastorno por Déficit Atencional y el grupo con desarrollo típico del lenguaje, establecer una comparación del rendimiento de la Conciencia Metapragmática entre los grupos con Trastorno Específico del Lenguaje y Trastorno por Déficit Atencional y el grupo con desarrollo típico del lenguaje según rangos de edad.
4. Su participación consiste en llenar un cuestionario dirigido a los padres y autorizar la evaluación fonoaudiológica de su hijo/a con un instrumento tipo software llamado CMP, que ha sido diseñado para medir la conciencia metapragmática. Al menor evaluado se le solicitará que responda de manera oral las interrogantes que los personajes del software plantearán. Este procedimiento se llevará a cabo en el gabinete fonoaudiológico o una sala con los implementos necesarios para ello, en cada establecimiento educacional. Toma aproximadamente 20 minutos su aplicación. Se faculta a los investigadores para registrar por escrito la evaluación y usarla con fines académicos y/o investigativos. Cabe señalar que no recibirán pago monetario por su participación.
5. El procedimiento completo de evaluación no tiene ningún riesgo para la salud del niño/a.
6. Los costos de la investigación serán asumidos de forma íntegra por los investigadores y todo el procedimiento no tiene costo alguno para los participantes.

7. El participante o sus responsables tienen derecho a manifestar sus dudas a la investigadora en cualquier momento, solicitar el número de teléfono de la investigadora, retirarse del estudio en cualquier momento si lo considere necesario comunicándolo a la investigadora principal, su retiro no lo perjudicará en caso alguno, es decir, no incidirá en algún tratamiento que se le esté brindando, ni se interrumpirá su atención de salud al que esté accediendo.
8. Se reservará la identidad del participante, para ello se utilizará un código alfanumérico en lugar de su nombre. Todo ello con objeto de proteger la identidad de los participantes.
9. El manejo de los datos será de completa confidencialidad. Sólo tendrán acceso a ellos los investigadores y serán resguardados por la investigadora principal en archivadores ubicados en su oficina o en un lugar determinado para ello.
10. Los resultados podrán ser divulgados por la investigadora principal en publicaciones de tipo científicas y/o académicas y podrán ser utilizadas en otras investigaciones que no se alejen de los objetivos de la presente investigación siempre preservando la identidad del participante.

Evaluación Comité Bioética y contacto: Esta investigación ha sido evaluada y aceptada por el Comité de Bioética de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valparaíso. Si usted lo requiriera, puede contactar a alguno de sus integrantes con su secretaria administrativa, Srta. Ana María Carreño, en el teléfono 2507370.

DENISSE PÉREZ HERRERA

Investigador Principal
Rut: 12.479.053-0

FICHA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PADRES

Yo.....,RUT.....
....., (señalar si es padre o apoderado)de
(señalar nombre del niño/a), DECLARO
que la investigadora principal **FONOAUDIÓLOGA, VANESSA GALINDO DELGADO**, de la
Escuela de **Fonoaudiología de la Universidad de Valparaíso**, ubicada en calle **Alcalde Prieto Nieto N° 452 de Viña del Mar**, me ha informado en forma completa en qué consiste la
investigación **“Desarrollo de la Conciencia Metapragmática en niños con Trastorno Específico del Lenguaje, Trastorno por Déficit Atencional y Desarrollo típico del Lenguaje”**, que se
llevará a cabo en la ciudad de **La Calera**, y cuáles serán los procedimientos a los que será
sometido/a mi hijo(a) o pupilo(a), y en qué consistirá su participación.

De acuerdo a lo explicado el Consentimiento Informado, del que recibí una copia, entiendo que:

1. El presente estudio permitirá conocer el rendimiento en actividades referidas a la conciencia metapragmática en niños de entre 7 y 12 años, diagnosticados con Trastorno Específico del Lenguaje, Trastorno por Déficit atencional, y Desarrollo Típico del Lenguaje. Logrando como beneficio obtener información del desarrollo de la Conciencia Metapragmática en estos trastornos. Además, luego de culminar la evaluación en el caso de que los resultados de sus pupilos en la actividad sean descendidos, se realizará un tratamiento remedial basado en la estimulación de la conciencia metapragmática, el cual se efectuará en el establecimiento por la fonoaudióloga a cargo de la investigación.

2. Los objetivos son establecer el rendimiento de la Conciencia Metapragmática en la muestra en estudio, establecer la diferencia en el rendimiento de la Conciencia Metapragmática entre los grupos que presentan Trastorno Específico del Lenguaje y Trastorno por Déficit Atencional y el grupo con desarrollo típico del lenguaje, establecer una comparación del rendimiento de la Conciencia Metapragmática entre los grupos con Trastorno Específico del Lenguaje y Trastorno por Déficit Atencional y el grupo con desarrollo típico del lenguaje según rangos de edad.

3. Su participación consiste en llenar un cuestionario dirigido a los padres y autorizar la evaluación fonoaudiológica de su hijo/a con un instrumento tipo software llamado CMP, que ha sido diseñado para medir la conciencia metapragmática. Al menor evaluado se le solicitará que responda de manera oral las interrogantes que los personajes del software plantearán. Este procedimiento se llevará a cabo en el gabinete fonoaudiológico o una sala con los implementos necesarios para ello, en cada establecimiento educacional.

4. Toma aproximadamente 20 minutos su aplicación. Se faculta a los investigadores para registrar por escrito la evaluación y usarla con fines académicos y/o investigativos. Cabe señalar que no recibiré pago monetario por mi participación ni la de mi hija/a.

5. El procedimiento completo de evaluación no tiene ningún riesgo para la salud de mi niño/a.

6. Los costos de la investigación serán asumidos de forma íntegra por los investigadores y todo el procedimiento no tiene costo alguno para nosotros.

7. Si me surgiera alguna duda, podré consultarla a la investigadora principal, en cualquier momento

de la investigación, a quien podré contactar en el número celular (09) **84121823**, o bien el correo electrónico vanessa.galindo.d@gmail.com.

8. El Comité de Bioética de la Facultad de Medicina ha evaluado esta investigación y podré contactar a alguno de sus integrantes a través de su secretaria administrativa, Srta. Ana María Carreño, en el teléfono 2507370.

De acuerdo a lo declarado por mí en este documento, firmo aceptando la participación de mi hijo/a en esta investigación.

(Nombre, apellidos y firma de madre, padre o apoderado)

Rut: _____

VANESSA GALINDO DELGADO

Investigador Principal

Rut: 17.078.289 - 5

Teléfono de contacto: (09) 84121823

Mail: vanessa.galindo.d@gmail.com

La Calera,/..../2015.

Anexo 4: Asentimiento de participantes

HOJA DE INFORMACIÓN PARA EL PARTICIPANTE.

Soy Fonoaudióloga  de la Universidad de Valparaíso  y te quiero

pedir ayuda  para hacer una investigación . Necesito que realices una



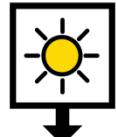




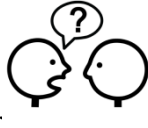


actividad en tú   tendrás que responder  las



preguntas  que te harán los personajes de la actividad.

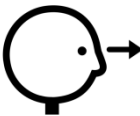



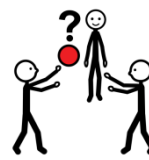


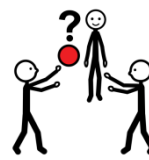

Me gustaría saber si  quieres participar  en esta investigación .

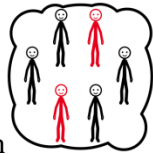
Ya hemos hablado  con tus padres  y/o apoderados y ellos saben que te

estamos preguntando  si quieres participar .

No  tienes que contestar  ahora , puedes pensarlo  y hablarlo  con tus padres . Si hay algo que no entiendes , me puedes preguntar  y yo  te voy a explicar  todo lo que necesites.

Si  decides participar  en el estudio tienes que saber que:

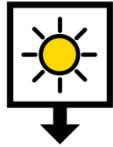
1. Te miraré  mientras respondes  a las preguntas .
2. Nadie  más  que yo  y tus padres  sabrán que participaste  en este estudio, por lo que puedes  estar tranquilo.



3. Tu participación ayudará a conocer cuál es el desarrollo de una habilidad llamada



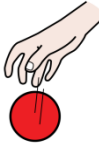
Conciencia Metapragmática en los niños de tú edad.



4. Aunque ahora decidas participar, si más adelante ya



no quieres seguir, puedes dejarlo cuando tú quieras y nadie



se va a enojar



contigo



. Puedes pedir que se borren



todos los registros de tu participación. Además, si tienes alguna duda



me puedes preguntar




y yo te lo vamos a explicar





FICHA DE ASENTIMIENTO INFORMADO


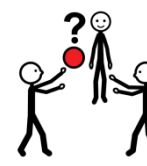
Conciencia Metapragmática en niños entre 7 y 12 años de colegios municipales de la comuna de La Calera que presentan Trastorno Específico del Lenguaje, Trastorno por Déficit Atencional y Desarrollo Típico del Lenguaje.



Yo  _____ declaro que:



1. He leído  , me han explicado  y he entendido  todo lo que sale en la hoja de información al paciente.

2. No  tengo dudas  sobre la investigación  , pues me han



 contestado  todas las preguntas que he hecho.



3. Sé que puedo decidir no  participar  en la investigación


 y que no pasará nada. Sé que si decido participar  , la

investigadora  me harán preguntas  que debo responder

 .



4. Yo  sé que en cualquier momento de la investigación  puedo



preguntar  mis dudas y me van a responder  .

5. Sé que durante el estudio puedo decidir no  seguir

participando  y que no pasará nada.

6. He decidido  participar en el estudio de la

Fonoaudióloga  de la Universidad de Valparaíso  .

7. Mis padres y/o tutores  saben y están de acuerdo  en que yo

participo  en la investigación  .

Nombre _____ Fecha _____

Director/a del Establecimiento

Flga. Vanessa Galindo Delgado
Rut: 17.078.289 -5

Anexo 5: Cuestionario Familiar

CUESTIONARIO FAMILIAR

INVESTIGACIÓN: “DESARROLLO DE LA CONCIENCIA METAPRAGMÁTICA EN NIÑOS CON TRASTORNO ESPECÍFICO DEL LENGUAJE, TRASTORNO POR DÉFICIT ATENCIONAL Y DESARROLLO TÍPICO DEL LENGUAJE”

NOMBRE DEL RESPONSABLE DEL NIÑO/A: _____

NOMBRE DEL NIÑO/A: _____

ESTABLECIMIENTO EDUCACIONAL: _____

UD. PUEDE COMPLETAR EN ESTE CUESTIONARIO TODA LA INFORMACIÓN, PARTE DE LA INFORMACIÓN O NINGUNA. SI COMPLETA ALGUNA INFORMACIÓN, POR FAVOR DEVOLVER EL CUESTIONARIO A LA PERSONA QUE SE LO ENTREGÓ. TODA INFORMACIÓN SERÁ TRATADA CON CONFIDENCIALMENTE.

PREGUNTAS	RESPUESTAS
¿CÓMO FUE EL EMBARAZO?	
¿TRANSCURRIÓ BAJO VIGILANCIA MÉDICA? (SÍ O NO)	
¿PRESENTÓ ENFERMEDADES DURANTE EL EMBARAZO?	
¿TUVO MEDICACIÓN DURANTE EL EMBARAZO POR INDICACIÓN MÉDICA? (SI O NO, ¿CUÁLES?)	
¿INGIRIÓ ALCOHOL, DROGAS U OTRAS SUSTANCIAS TÓXICAS DURANTE EL EMBARAZO?	
¿EL NIÑO (A), NACIÓ POR PARTO NORMAL O CESÁREA?	
¿AL MOMENTO DE NACER SE PRESENTÓ ALGUNA COMPLICACIÓN? (ASFIXIA, CORDÓN UMBILICAL AL CUELLO, ETC)	
¿TUVO PROBLEMAS EL NIÑO(A) EN LAS PRIMERAS HORAS DE VIDA?, ¿CUÁLES?	
¿CÓMO FUE SU DESARROLLO PSICOMOTOR DURANTE LOS PRIMEROS MESES? (TOMAR OBJETOS, DARSE VUELTA, SENTARSE POR SÍ SOLO, CAMINAR, ETC.)	
¿CUÁNDO EMPEZÓ A HABLAR? (PALABRAS, FRASES)	
¿HA TENIDO PROBLEMAS EN LA ALIMENTACIÓN?	
¿HA PADECIDO DE ENFERMEDADES GRAVES? (MENINGITIS, HOSPITALIZACIONES, TRASTORNOS CRANEALES, ETC)	
¿HA SUFRIDO CONVULSIONES, CON O SIN FIEBRE?	
¿HA PRESENTADO PROBLEMAS NEUROLÓGICOS? (DOLOR DE CABEZA, VÓMITOS, EQUILIBRIO, VISIÓN, ETC)	

Anexo 6: Protocolo de registro de respuestas Instrumento CMP.

PROTOCOLO DE RESPUESTAS CMP

NOMBRE : _____
EDAD : _____
COLEGIO : _____
CURSO : _____

Número de ítem	Puntaje Obtenido			Tipo de Ítem
	A	B	C	
1				RA
2				RA
3				RA
4				IA
5				DO
6				DO
7				RA
8				DO
9				DO
10				IA
11				IA
12				DO
13				DO
14				IA
15				IA
16				RA
17				RA
18				DO
19				DO
20				IA
21				IA
22				RA
23				RA
24				RA
25				IA
26				DO
27				DO
28				RA
29				IA
TOTALES				

PUNTAJE

A 0 = EPIPRAGMÁTICO
 B 0 = EPIPRARGMÁTICO
 C 1 = METAPRAGMÁTICO

ÍTEMES

RA = REFERENTE AMBIGUO
 IA = INSTRUCCIÓN AMBIGUA
 DO = DIÁLOGO OBSERVADO