

Preescolars amb problemes de llenguatge: més ansiosos, més tímids o més deprimits?

Sergi Ballespí, M. Claustre Jané, Natàlia Díaz-Regañón, Josepa Canals, Edelmira Domènech-Llaberia

Resum: L'objectiu d'aquest estudi és analitzar la relació que hi ha entre els trastorns de la parla i del llenguatge i la simptomatologia interioritzada i exterioritzada en una mostra de preescolars catalans. Els mestres aporten dades sobre el desenvolupament del llenguatge, la psicopatologia i el temperament de 696 nens de 3 a 6 anys. Els nivells de simptomatologia i d'inhibició conductual dels nens amb problemes de llenguatge es comparen amb els nivells dels nens sense aquests problemes. Segons els resultats, els nens amb problemes de llenguatge mostren nivells més alts d'ansietat, depressió i d'inhibició conductual. A més, les dades també revelen que els nens amb més nivells d'ansietat, depressió o inhibició conductual exhibeixen unes habilitats lingüístiques significativament pitjors que els nens amb els nivells més baixos en aquestes mesures. La intensa relació trobada entre els problemes de llenguatge i els trastorns emocionals emfasitza la importància de tractar tots dos problemes en les intervencions clíniques.

Abstract: The aim of this paper is to examine the relationship between speech and language disorders and internalized symptomatology in a sample of Catalan preschoolers. Teachers reported data about language development, psychopathology and temperament of 696 children aged 3 to 6. Symptomatology levels and behavioural inhibition of children with language impairment are compared with levels of those without it. Results reveal that children with language impairment show higher rates of anxiety, depression and behavioural inhibition. Moreover, data also demonstrate that the children with highest levels of anxiety, depression or behavioural inhibition have significantly worse linguistic abilities than children with the lowest levels of these measures. The strong association found between language impairment and emotional disorders emphasizes the importance of treating both problems in clinical interventions.

Descriptors: Problemes de llenguatge. Ansietat. Depressió. Inhibició conductual. Preescolars.

Introducció

L'interès per la relació entre el llenguatge i la psicopatologia data dels anys cinquanta, moment en què apareixen els primers treballs (DOMÈNECH-LLABERIA, 1995). Des d'aleshores diferents estudis demostren la intensa comorbiditat que hi ha entre aquests dos tipus de trastorns. Avui dia hi ha prou dades per poder afirmar que més de la meitat dels nens amb patologia del llenguatge presenten trastorns psicopatològics. Vallance, Im i Cohen (1999), per exemple, estimen que entre el 50% i el 80% dels nens amb alteracions del llenguatge presenten algun trastorn psicopatològic. Noterdaeme i Amorosa (1999) troben un 80% d'afectació psicològica entre els 83 nens amb problemes de llenguatge que avaluen. L'equip del Canadà, pioner en aquest tipus de treballs de seguiment, troben que el

48,7% dels nens amb problemes de llenguatge acaben presentant psicopatologia, mentre que en el grup control això només passa en l'11,9% dels subjectes (BEITCHMAN, BROWNLIE i WILSON, 1996; BEITCHMAN, HOOD i INGLIS, 1990; BEITCHMAN i altres, 1989; BEITCHMAN i altres, 1986a); BEITCHMAN i altres, 1986b; BEITCHMAN, TUCKETT i BATH, 1987; BEITCHMAN i altres, 2001).

Paral·lelament, més de la meitat dels nens amb problemes psicològics presenten alteracions del llenguatge. Cohen i altres (2000) estimen que es tracta del 63,6% i Mack i Warr-Leeper (1992) parlen del 80%. En tot cas, sembla evident que hi ha una intensa relació entre les alteracions emocionals i conductuals i la patologia del llenguatge. D'acord amb aquest postulat, molts estudis s'han abocat a indagar en aquesta línia de recerca. La major part s'han centrat en la psicopatologia de tipus interioritzat i exterioritzat. Això es deu al

fet que el diagnòstic psicopatològic més comú entre els nens amb problemes de llenguatge és el TDAH (BEITCHMAN i altres, 1986a; COHEN i altres, 2000). Hi ha certs dèficits funcionals inherents al TDAH, com el dèficit inhibitori o l'alteració de la memòria de treball, que poden fomentar l'alteració d'aspectes com la pragmàtica (TANNOCK i SCHCHAR, 1996) o el processament fonològic (DENKLA, 1996). Justament per l'abundància de treballs que versen sobre els trastorns del comportament, el present estudi se centra en la relació entre el llenguatge i els trastorns emocionals.

En un dels seus primers treballs en aquest sentit, Beitchman i altres (1986a) ja van trobar que el 12% dels 142 preescolars amb problemes de llenguatge i/o de parla mostraven alteracions emocionals. Posteriorment, McDonough (1989) avalua 22 estudiants amb psicopatologia i troba que els que presenten trastorns emocionals parlen menys, tenen més dificultats per mantenir una conversa i responen menys apropiadament a les preguntes que se'ls fan. Cicchetti també assenyala la presència de dificultats en la parla espontània i en el llenguatge emocional dels nens afectats de trastorns de tipus interioritzat i exterioritzat (CICCHETTI i BEEGHLY, 1987; CICCHETTI i CARLSON, 1989). Schery (1985), per la seva banda, troba que els nens amb trastorns de llenguatge que també presenten problemes emocionals són els que fan menys progressos en l'adquisició de les habilitats lingüístiques i Vallance, Im i Cohen (1999) afirmen que l'ansietat o la tendència a la preocupació presents en alguns quadres emocionals poden alterar la fluència i l'eficàcia del discurs narratiu. Per tant, la relació existent entre els problemes de llenguatge i els trastorns emocionals ja ha rebut una certa atenció a la literatura. Alguns autors creuen que els problemes conductuals dels nens amb un retard del llenguatge es deuen a la seva frustració davant les dificultats per comunicar les seves necessitats (per exemple CAULFIELD, 1989). Aquesta explicació sembla lògica d'acord amb els treballs que enfatitzen la convergència dels problemes de comunicació i les alteracions del desenvolupament socioemocional (vegeu, per exemple, PRIZANT i MEYER, 1993).

Un altre camp encara menys explorat és el de la relació entre els trastorns del llenguatge i certs paràmetres temperamentals. Si bé és cert que alguns treballs assenyalen els problemes socials que pot patir un nen amb el llenguatge alterat, no són tants els que analit-

zen si els nens tímids, retrets, aïllats o inhibits mostren alteracions característiques en el llenguatge.

Cal tenir en compte, en parlar d'aquesta línia de recerca, que el llenguatge és el principal mitjà pel qual el nen estableix relació amb el món que l'envolta. Per això, Farmer (2000) diu que si el llenguatge i el desenvolupament del coneixement social estan relacionats, aleshores els nens amb dificultats en el desenvolupament del llenguatge presentaran també alteracions en el procés de socialització. En el mateix sentit, Tromblin i altres (2000) argumenten que si el llenguatge és una eina indispensable per assolir l'èxit acadèmic i social, aleshores els nens amb problemes de llenguatge presentaran més risc de desenvolupar problemes d'aprenentatge i problemes de relació social. Aquests autors també plantegen que si les habilitats lingüístiques estan influïdes per les experiències acadèmiques i socials, llavors és lògic pensar que tots els nens amb dificultats escolars i/o de relació social tindran més risc de presentar alteracions del llenguatge. Les hipòtesis d'aquests autors serveixen per explicar els estudis que han trobat que els nens amb alteracions del llenguatge mostren dificultats de relació amb els altres nens (DOMÈNECH-LLABERIA, 1997), tendeixen al retraïment social (BENASICH, CURTISS i TALLAL, 1993) i són menys acceptats pels seus companys (HADLEY i RICE, 1991).

En relació als nens tímids, hi ha autors que diuen que aquests nens són propensos a patir problemes de llenguatge. Jané (2001) fa una bona revisió en aquest sentit i diu que Paul i Kellogg (1997), per exemple, descriuen una certa tendència a la timidesa en els nens amb un retard en el desenvolupament del llenguatge expressiu. Tromblin i altres (2000) també destaquen l'existència d'una forta associació entre els problemes del llenguatge, la timidesa i l'ansietat. Caulfield i altres (1989) exposen que els pares dels nens que presenten un retard en el llenguatge expressiu descriuen aquests nens com a tímids i porucs.

D'altra banda, hi ha estudis que relacionen el temperament difícil amb els problemes de llenguatge. És el cas de Paul i James (1990), que diuen que els pares dels nens amb un retard expressiu els descriuen com uns nens amb un temperament més difícil en els primers dos anys de vida. A la revisió de Domènech-Llaberia (1997) també es pot trobar evidència de la relació entre el temperament difícil, el mutisme electiu i els trastorns de la parla.

Finalment, s'ha dit que els nens tímids parlen menys que els altres nens. Aquesta és una dada corroborada per Rezendes i altres (1993) i que Paul i Kellogg (1997) expliquen adduint que parlen menys perquè estan menys motivats per parlar. S'entén que l'ansietat que experimenten aquests nens en les relacions socials (especialment les que impliquen parlar en públic o parlar amb desconeguts) és un estímul aversiu que procuren evitar, la qual cosa és incompatible amb una alta motivació envers les relacions socials.

Segons Miller i altres (1992), els nens amb problemes de llenguatge no solament parlen pitjor que els altres, sinó que també parlen menys. Guralnick i altres (1996), en un estudi sobre les relacions interpersonals dels preescolars amb problemes de comunicació, troben que els nens amb aquest tipus de problemes interactuen i conversen menys amb els altres, són menys populars entre els seus companys i menys directius en les relacions interpersonals que aquells nens que no els tenen. Per tant, els nens amb problemes de llenguatge, igual que els nens tímids, també parlen menys.

Sembla, doncs, que la patologia emocional i la patologia del llenguatge es troben estretament lligades. No obstant l'evidència aportada en aquest sentit, el present estudi pretén d'explorar la relació entre el desenvolupament del llenguatge i el desenvolupament socioemocional del nen en una mostra de preescolars catalans, i la finalitat última d'aquest objectiu és respondre dues preguntes: d'una banda: els nens amb problemes del llenguatge presenten nivells superiors de simptomatologia ansiosodepressiva i/o d'inhibició conductual? De l'altra: els nens més tímids, deprimits o ansiosos mostren un llenguatge més alterat?

Mètode

Subjectes

La mostra inicial inclou la població total de preescolars matriculats en alguna de les vuit escoles de la localitat de Montcada i Reixac (Vallès Occidental, Barcelona) durant l'any acadèmic 1999-2000. Dels 696 subjectes que conformen la mostra, 349 són nens i 347 són nenes. Pel que fa al grau escolar, 239 cursen P3 (34,3%), 217 cursen P4 (31,2%) i 240 cursen P5 (34,5%). D'aquests 696 nens i nenes de 3 a 6 anys, n'hi ha 19

(2,7%) que presenten un llenguatge parlat retardat, 98 (14,1%) que el presenten per sota del que és normal, 447 (64,2%) que el presenten normal, 117 (16,8%) que el presenten per sobre de la normalitat i 15 (2,2%) que tenen un llenguatge parlat superior. Pel que fa a la comprensió del llenguatge, 4 d'aquests nens (0,6%) presenten un retard en aquest sentit, 45 (6,5%) mostren un nivell de comprensió per sota de la normalitat, 518 (74,4%) presenten un nivell normal, 113 (16,2%) mostren un nivell de comprensió per sobre de la mitjana i 16 nens (2,3%) tenen un nivell de comprensió superior. En relació a l'articulació, 14 (2%) nens mostren un retard greu en aquest sentit, 107 (15,4%) mostren un nivell articuladori per sota del que és normal per la seva edat, 484 (69,5%) presenten una articulació normal, 81 (11,6%) tenen un nivell articuladori per sobre de la normalitat i 10 (1,4%) el tenen superior.

Instruments

ECI (*Early Childhood Inventory - 4*) (SPRAFKIN i GADOW, 1996). És un inventari de símptomes per avaluar nens en edat preescolar desenvolupat a partir del CSI (*Child Symptom Inventory*). El CSI (GADOW i SPRAFKIN, 1994) és un instrument que permet de garbellar una dotzena de trastorns psicopatològics infantils a partir dels símptomes cognitius, afectius i conductuals. Tant el CSI-4 com l'ECI-4 són instruments estructurats en criteris i basats en la classificació diagnòstica del DSM-IV (APA, 1994). La part de l'ECI-4 que ha estat utilitzada en aquest treball són els 8 ítems relatius al desenvolupament que es troben a la part final de la versió per a mestres d'aquest inventari. Entre aquests 8 ítems, n'hi ha 3 que avaluen el nivell de desenvolupament de l'expressió, la comprensió i l'articulació del llenguatge mitjançant una escala de 5 punts on l'1 indica un nivell superior, el 3 indica un nivell normal i el 5 indica un nivell de retard.

ESAP (*Escala de Sintomatologia Ansiosa Preescolar*). És un instrument creat per Domènech-Llaberia (1996a) per garbellar simptomatologia ansiosa a l'edat preescolar (3-6 anys). Aquesta escala permet de sondejar els pares i els mestres sobre l'ansietat dels nens mitjançant 28 ítems amb 3 opcions de resposta (*Sí, No o No sé*) redactats en castellà i en tercera persona. El contingut d'aquests ítems fa referència a les pors, les queixes i les conductes d'evitació més representatives de

l'ansietat en preescolars. La versió de l'ESAP utilitzada en el present treball es correspon amb la versió reduïda per a mestres (13 ítems) proposada per Jané i altres (1999). Aquesta versió reduïda mostra una consistència interna de $\alpha=.81$ i el rang de puntuacions va de 0 a 13.

ESDMP (*Escala de Sintomatologia Depressiva para Maestros de Preescolar*) (DOMÈNECH-LLABERIA, 1996b). És una escala creada per detectar la simptomatologia depressiva de l'edat preescolar (de 3 a 6 anys). Consta de 19 ítems amb 3 opcions de resposta (*Casi nunca*, *A veces* i *Casi siempre*) que pregunten als mestres per la freqüència de diferents signes de depressió. La consistència interna d'aquesta escala és de $\alpha=.81$ (DOMÈNECH-LLABERIA i altres 1999) i el rang de puntuacions va de 0 a 38.

EICP-M (*Escala d'Inhibició Conductual per Preescolars – Mestres*). La versió per a mestres de l'EICP (BALLESPI, JANÉ i DOMÈNECH-LLABERIA, 1999) consta de 14 ítems amb 4 opcions de resposta (*Mai*, *Alguna vegada*, *Gairebé sempre* i *Sempre*) que permeten d'explorar la freqüència de diferents signes d'inhibició conductual en els nens de 3 a 6 anys. L'EICP-M s'ha desenvolupat a partir dels criteris d'avaluació de la inhibició conductual proposats per l'equip de Harvard (vegeu KAGAN, REZNICK i SNIDMAN, 1987). Consta de dues parts: una que pregunta per les reaccions del nen davant un altre nen i una altra que pregunta pel comportament del nen al pati. L'EICP-M mostra una fiabilitat de $\alpha=.87$ i una validesa convergent i una altra de discriminant acceptables (BALLESPI, 2001). El rang de puntuacions va de 0 a 42.

Procediment

Recollida de les dades. Aquest treball es troba inclòs dins d'un projecte més ampli destinat a estudiar els aspectes epidemiològics de la psicopatologia del preescolar. La recollida de dades s'ha dividit en tres fases: una primera fase de recollida de dades dels mestres, una segona fase, pràcticament simultània a la primera, en la qual es recullen les dades dels pares i una tercera fase, posterior a les dues anteriors, en què es realitza el diagnòstic clínic. El present treball es basa en les dades recollides a partir dels mestres. Un cop s'han obtingut els permisos necessaris per accedir a les escoles, s'ha trucat a cadascun dels centres amb l'objectiu de fixar una data que permeti de realitzar una primera reunió

amb la directiva i, en alguns casos, amb la plantilla docent. Aquesta reunió ha permès d'explicar les bases de l'estudi al comitè directiu de l'escola, així com el tipus de proves que els mestres haurien de contestar. Una vegada fixats els dies durant els quals es faria l'avaluació, l'equip directiu organitza, per la seva banda, una reunió interna en la qual presenta la proposta als mestres i els mostra els instruments que cal respondre. Arribat el moment de l'avaluació, un grup d'investigadors es desplacen a l'escola per tal de substituir els mestres a l'aula mentre aquests es retiren a respondre els qüestionaris. S'ha estimat que el temps que els mestres necessiten per avaluar cada alumne és d'uns 25 minuts. Això ha implicat substituir cada mestre a l'aula una mitjana de 3 dies lectius.

Construcció dels grups. S'ha agrupat els nens d'acord amb dos criteris. En primer lloc, segons el grau de desenvolupament de les diferents habilitats lingüístiques i, en segon lloc, segons el nivell de simptomatologia en cadascuna de les escales. Segons el primer criteri, per cadascuna de les habilitats lingüístiques es construeixen tres grups de nens: un amb els que tenen un nivell de retard, un amb els de nivell normal i un amb els de nivell superior. En aquest sentit, pel que fa a la capacitat *expressiva*, el grup amb retard consta de 19 subjectes (14 nens i 5 nenes; 10 a P3, 3 a P4 i 6 a P5), el grup normal en té 31 (20 nens i 11 nenes; 9 a P3, 14 a P4 i 8 a P5) i el grup superior en té 15 (5 nens i 10 nenes; 6 a P3, 7 a P4 i 2 a P5). Pel que fa a la capacitat *comprensiva*, el grup amb retard compta amb 49 nens (35 nens i 14 nenes; 21 a P3, 13 a P4 i 15 a P5), el grup normal en té 40 (20 nens i 20 nenes; 13 a P3, 11 a P4 i 16 a P5) i el grup superior en té 16 (11 nens i 5 nenes; 6 a P3, 8 a P4 i 2 a P5). Finalment, pel que fa a la capacitat *articulatòria*, el grup amb retard consta de 14 subjectes (11 nens i 3 nenes; 3 a P3, 4 a P4 i 4 a P5), el grup normal en té 15 (8 nens i 7 nenes; 6 a P3, 2 a P4 i 7 a P5) i el grup superior també en té 15 (2 nens i 15 nenes; 10 a P3 i 5 a P4). Seguint el segon criteri, es construeixen dos grups de nens per cada escala de simptomatologia. Així, segons el nivell de *simptomatologia ansiosa*, en el grup de nens ansiosos hi ha un 8% de nens amb puntuacions més altes a l'escala ESAP (23 nens i 33 nenes; 25 a P3, 19 a P4 i 12 a P5), mentre que en el grup de nens no ansiosos hi ha 56 nens amb puntuacions més baixes (27 nens i 29 nenes; 13 a P3, 28 a P4 i 25 a P5). Segons el nivell de *simptomatologia depressiva*, en el grup dels deprimits

hi ha el 8% dels nens amb puntuacions més altes a l'escala ESDMP (31 nens i 26 nenes; 23 a P3, 16 a P4 i 18 a P5), mentre que al grup dels no-deprimits hi ha 57 dels nens amb puntuacions més baixes en aquesta escala (36 nens i 21 nenes; 16 a P3, 23 a P4 i 18 a P5). Finalment, segons el nivell d'*inhibició conductual*, el grup dels inhibits el formen el 13,6% dels nens amb puntuacions més altes a l'EICP-M (47 nens i 48 nenes; 47 a P3, 19 a P4 i 29 a P5), mentre que el grup dels desinhibits, el formen 95 dels nens amb puntuacions més baixes (52 nens i 43 nenes; 33 a P3, 32 a P4 i 30 a P5).

Anàlisi estadística. Després de la pertinent depuració de les dades mitjançant la detecció i el tractament dels valors perduts i dels valors fora de rang es procedeix a l'anàlisi descriptiva de la mostra global. Una vegada obtingudes les distribucions segons el grau i el sexe, s'estudia la manera de formar els grups. Per formar els grups es té en compte, d'una banda, la forma com es distribueixen els nens segons el nivell de desenvolupament del llenguatge i, de l'altra, el nivell de simptomatologia ansiosa, depressiva i d'inhibició conductual que presenten. Quan els grups de comparació estan dissenyats, es comprova el supòsit de normalitat de cadascuna de les distribucions implicades en l'anàlisi. Com que la major part de les distribucions no s'ajusten a la Llei Normal, és necessari aplicar, en la majoria dels casos, proves no paramètriques. Per tant, l'anàlisi de la variància es realitza mitjançant la prova de Kruskal-Wallis i les comparacions de mitjanes es porten a terme mitjançant la prova de Mann-Whitney. Tota l'anàlisi

estadística es realitza mitjançant el paquet estadístic SPSS versions 9.0 i 10.0.

Resultats

Les comparacions aquí realitzades pretenen donar resposta a les dues preguntes formulades a la introducció. La primera pregunta deia: els nens amb problemes de llenguatge presenten nivells superiors de simptomatologia ansiosodepressiva i/o d'inhibició conductual? Segons la taula 1 (mitjanes dels nivells de simptomatologia dels diferents grups), els nens amb un nivell de retard en les diferents capacitats lingüístiques avaluades (expressió, comprensió i articulació) mostren nivells més alts de simptomatologia ansiosa, depressiva i d'inhibició conductual.

Així, per exemple, el grup de nens amb un nivell de retard en l'expressió mostra una mitjana d'ansietat de 4,05 punts, mentre que la mitjana d'ansietat dels nens amb un nivell normal (1,83) o superior (1,53) és inferior. L'anàlisi de la variància revela que les mitjanes d'ansietat, depressió i inhibició d'aquests nens difereixen segons el nivell de desenvolupament del seu llenguatge. En aquest sentit, la taula 2, que presenta el resultat d'aquesta anàlisi, demostra que, en la gran majoria dels casos, la diferència és significativa i, veient les mitjanes dels diferents grups (taula 1), és fàcil deduir que el grup que sol diferir dels altres en relació als nivells de simptomatologia és el grup amb retard.

Taula 1. Mitjana i desviació estàndard (DE) dels nivells de simptomatologia dels diferents grups

		EXPRESSIÓ		COMPREENSIÓ		ARTICULACIÓ	
		Mitjana	DE	Mitjana	DS	Mitjana	DS
ANSIETAT (ESAP)	Retard	4,05	2,86	2,53	2,70	3,71	2,40
	Normal	1,83	2,19	1,05	1,41	2,40	2,58
	Superior	1,53	2,36	1,625	2,28	1,00	1,65
DEPRESSIÓ (ESDMP)	Retard	12,53	4,10	9,18	4,82	11,71	4,76
	Normal	5,90	4,73	5,02	4,36	6,80	5,13
	Superior	6,33	5,11	6,56	5,02	3,68	2,69
INHIBICIÓ (EICP-M)	Retard	13,94	5,20	9,87	6,02	12,46	4,86
	Normal	5,80	4,23	8,27	5,52	7,40	5,05
	Superior	6,27	3,75	6,69	3,99	5,93	5,48

Taula 2. Anàlisi de la variància dels nivells de simptomatologia segons el grau de desenvolupament de les habilitats lingüístiques

	EXPRESSIÓ	COMPRESIÓ	ARTICULACIÓ
ESAP (ansietat)	$\chi^2=11,646$ gl=2 p=,003	$\chi^2=8,73$ gl=2 p=,013	$\chi^2=9,415$ gl=2 p=,009
ESDM (depressió)	$\chi^2=19,396$ gl=2 p<,0005	$\chi^2=17,581$ gl=2 p<,0005	F=12,724 p=,013
EICP (inhibició)	$\chi^2=24,673$ gl=2 p<,0005	F=2,22 p=,114	$\chi^2=10,381$ gl=2 p=,006

Taula 3. Comparació del nivell de desenvolupament lingüístic dels nens amb un grau de simptomatologia més elevat (\bar{x}_1) i el dels nens amb un grau inferior (\bar{x}_0)

	ESAP (ansietat)	ESDM (depressió)	EICP (inhibició)
Capacitat expressiva*	$\bar{x}_1=3,16$ $\bar{x}_0=2,84$ z=-2,377 p=,017	$\bar{x}_1=3,40$ $\bar{x}_0=2,89$ z=-3,341 p=,001	$\bar{x}_1=3,32$ $\bar{x}_0=2,77$ z=-4,756 p<,0005
Capacitat comprensiva*	$\bar{x}_1=3,00$ $\bar{x}_0=2,82$ z=-1,843 p=,065	$\bar{x}_1=3,12$ $\bar{x}_0=2,77$ z=-3,769 p<,0005	$\bar{x}_1=3,07$ $\bar{x}_0=2,76$ z=-3,956 p<,0005
Capacitat articulatòria*	$\bar{x}_1=3,11$ $\bar{x}_0=3,00$ z=-,899 p=,369	$\bar{x}_1=3,37$ $\bar{x}_0=2,96$ z=-2,992 p=,003	$\bar{x}_1=3,33$ $\bar{x}_0=2,86$ z=-4,508 p<,0005

* La puntuació va d'1 (superior) a 5 (retard). A més puntuació, nivell més baix.

La taula 2 permet d'afirmar que, en general, els nens amb un nivell de retard en l'expressió, la comprensió o l'articulació mostren nivells més alts de simptomatologia ansiosa, depressiva i d'inhibició conductual que els nens amb nivells normals o superiors en aquestes capacitats lingüístiques. Cal destacar l'excepció de la inhibició conductual dels nens amb un problema de comprensió. Segons els resultats, els nens amb un nivell de retard en la capacitat comprensiva mostren nivells més alts d'ansietat i de depressió, però no d'inhibició conductual (F=2,22; p=,114; vegeu la taula 2). Això contrasta amb el cas de les altres habilitats lingüísti-

ques, ja que els nens amb un nivell de retard en l'articulació o l'expressió sí que mostren puntuacions més altes en inhibició conductual ($\chi^2=10,381$, gl=2, p=,006 i (2=24,673, gl=2; p<,0005, respectivament).

L'altra pregunta formulada deia: els nens més tímids, deprimits o ansiosos mostren un llenguatge més alterat? Segons la taula 3, el grup de nens ansiosos mostra una capacitat expressiva (3,16) significativament inferior a la del grup de nens no ansiosos (2,84) (z=-2,377, p=,017). Si tenim en compte que les escales de llenguatge van de l'1 (nivell superior) al 5 (retard), els nens ansiosos mostren un nivell expressiu lleugera-

ment per sota de la normalitat (situada a la puntuació 3). Els nens deprimits també mostren nivells lingüístics significativament inferiors als dels nens no deprimits en les 3 capacitats avaluades (expressiva, $z=-3,341$, $p=,001$; comprensiva, $z=-3,769$, $p<,0005$ i articuladòria, $z=-2,992$, $p=,003$). El grup de nens inhibits també exhibeix capacitats lingüístiques significativament inferiors a les dels nens desinhibits ($z=-4,756$, $p<,0005$ per l'expressió, $z=-3,956$, $p<,0005$ per la comprensió i $z=-4,508$, $p<,0005$ per l'articulació; vegeu la taula 3).

Per tant, i com a resposta a la segona pregunta, cal dir que sí: els nens amb un grau de simptomatologia més elevat mostren capacitats lingüístiques significativament inferiors a les dels nens sense simptomatologia. No obstant això, cal observar que les habilitats lingüístiques de tots els grups es troben en el rang de la normalitat, entenent que, segons aquests resultats, el fet de pertànyer a un grup amb simptomatologia només comporta una alteració lleu de les àrees lingüístiques.

Discussió

Ansietat, depressió i inhibició dels nens amb problemes de llenguatge

En aquest treball, els nens amb problemes d'expressió, comprensió i/o articulació mostren nivells més alts de simptomatologia ansiosa que els altres (vegeu la taula 2). Els nens amb un nivell de retard en el llenguatge expressiu superen en més de 2 punts el nivell d'ansietat dels nens amb el llenguatge normal i en més de 2,5 el dels nens amb un nivell d'expressió superior (vegeu taula 1). Els nens amb un nivell de retard en la comprensió del llenguatge superen en gairebé 1,5 punts l'ansietat dels nens que comprenen normalment i en gairebé 1 punt la dels nens amb un nivell de comprensió superior. Finalment, la simptomatologia ansiosa dels nens amb problemes d'articulació també supera en més d'1 punt els que articulen de manera normal i gairebé en 4 punts els que articulen per sobre del que és normal. D'acord amb aquests resultats, alguns autors postulen que els nens amb problemes de llenguatge s'angoixen perquè no poden comunicar-se eficaçment amb el món que els envolta (BEITCHMAN i altres, 1996b; GOODYER, 2000; VALLANCE, IM i COHEN, 1999).

D'aquesta manera, els nens que no aconsegueixen transmetre les seves necessitats desenvolupen nivells més alts d'ansietat que els que sí que ho aconsegueixen. D'altra banda, en relació al dèficit articulari, l'alteració de la parla dels nens que no articulen bé pot dificultar la comprensió per part dels altres i el seu esforç frustrat per articular correctament pot topar amb la percepció de no aconseguir-ho. En conseqüència, és lògic que els nivells d'ansietat d'aquests nens siguin alts. El que no és tan senzill d'explicar són els nivells d'ansietat dels nens amb dèficit comprensiu. D'una banda, cal tenir en compte que el dèficit comprensiu normalment va lligat a un problema expressiu. Una alteració en les estructures necessàries per adquirir el llenguatge pot perjudicar el desenvolupament conjunt de l'expressió, l'articulació i la comprensió (JANÉ, 2001). Segons això, l'ansietat del nen amb un problema de comprensió podria explicar-se per la incapacitat global del nen per comunicar-se amb eficàcia. Una altra possibilitat és que alguns dels nens ansiosos d'aquesta mostra presentin trets hiperactius comòrbids, de manera que és possible explicar els dèficits en el llenguatge receptiu d'acord amb la hiperactivitat (BEITCHMAN, TUCKETT i BATH, 1987). S'ha descrit que els nens hiperactius, especialment els més desatents, poden presentar amb facilitat problemes de caire interioritzat i exterioritzat, entre ells d'ansietat (BARKLEY, DUPAUL i McMURRAY, 1990; MIRANDA, CISCAR i ROSELLÓ, 1992; MIRANDA, PRESENTACIÓ i ROSELLÓ, 1998). Això vol dir que cal avaluar els trets del TDAH en futures investigacions.

Els nens amb un retard en el desenvolupament del llenguatge parlat superen en més de 6 punts els nivells de simptomatologia depressiva dels altres nens (vegeu la taula 1). Aquesta diferència es pot explicar per la frustració derivada de la incapacitat per comunicar-se amb els altres (JANÉ, 2001), pels problemes relacionals que en deriven (GOODYER, 2000), per la relació que hi ha entre simptomatologia depressiva, trastorns del llenguatge i circumstàncies vitals estressants (BAKER i CANTWELL, 1987c; BURL i KAMHI, 1992) o fins i tot pel propi rebuig dels companys en no poder-se relacionar adequadament (HADLEY i RICE, 1991).

Paral·lelament, els nens amb problemes de comprensió del llenguatge també presenten més nivells de simptomatologia depressiva que els altres nens. Tampoc no és estrany trobar aquest resultat, ateses les difi-

cultats relacionals que es desprenen del fet de no comprendre bé els altres (CAUFIELD, 1989), o bé per la sensació d'aïllament que se'n deriva, o bé perquè les dificultats de relació deterioren l'autoestima (GOODYER, 2000) o bé perquè incrementa la proclivitat a la timidesa i al retraïment i genera un cercle viciós que perpetua els problemes lingüístics (FARMER, 2000; TROMBLIN i altres, 2000). Sigui com sigui, és veritat que els problemes de comprensió se solen presentar en nens amb psicopatologia més greu que la dels nens amb problemes expressius (BAKER i CANTWELL, 1987a, 1987b), però tenint en compte el lligam que hi ha entre els problemes del llenguatge, les alteracions relacionals i les variables disposicionals com la inhibició conductual (BENASICH, CURTISS i TALLAL, 1993; FORDHAM i STEVENSON-HINDE, 1999; PAUL i KELLOGG, 1997) no és estrany trobar més signes de depressió entre aquests nens si es té en compte que reuneixen diversos factors de risc perquè se senten sols (CASULLO, 1998).

La inhibició conductual dels nens amb problemes d'expressió supera en més de 7,5 punts la dels nens sense aquests problemes i la puntuació en inhibició dels nens amb un dèficit articulatori és més de 5 punts superior a la dels nens que articulen correctament. Diferents treballs han descrit patrons de parla distintius en els nens tímids (vegeu, per exemple, DEMB i altres, 1998); però, a més, hi ha molts altres treballs que demostren que quan els problemes del llenguatge van acompanyats d'una tendència temperamental a parlar poc (REZENDES i altres, 1993), de por a parlar en públic (FREEMAN, SAWYER i BEHNKE, 1997) o de baixa motivació per comunicar amb els altres (PAUL i KELLOGG, 1997), llavors els problemes del llenguatge es perpetuen i els retards a l'hora d'adquirir-lo s'allarguen. De fet, atesa l'estreta relació entre l'adquisició del llenguatge i el desenvolupament socioemocional del nen (BENASICH, CURTISS i TALLAL, 1993; FARMER, 2000; GOODYER, 2000; GURALNICK i altres, 1996; JANÉ, 2001; PAUL i SHIFFER, 1991; TROMBLIN i altres, 2000), no és estrany trobar que els nens amb un retard en l'adquisició del llenguatge es mostren més inhibits que els altres.

Complementàriament, els nens amb problemes de comprensió no es mostren significativament més inhibits que els altres tot i haver demostrat més nivells d'ansietat i de depressió (vegeu la taula 2). Això es pot explicar pel fet que hi pot haver una relació coherent entre les dificultats de comunicació i la presència de simptomatologia ansiosodepressiva (GOODYER, 2000),

però aquestes dificultats de comprensió poden no afectar altres aspectes de base més constitucional com són el temperament inhibít (KAGAN i altres, 1988). Els nens inhibits es caracteritzen per ser molt ansiosos però també per ser hipervigilants, de manera que aquesta atenció dedicada a tot el que els envolta pot afavorir el desenvolupament de les habilitats comprensives del llenguatge i pot deteriorar les expressives perquè no parlen (PAUL i KELLOGG, 1997) o perquè es posen molt ansiosos quan ho fan.

Alteracions del llenguatge en els nens ansiosos, deprimits o inhibits

Els nens més ansiosos d'aquesta mostra exhibeixen un nivell de desenvolupament del llenguatge parlat significativament inferior al dels nens menys ansiosos. Això demostra que els nivells baixos d'ansietat afavoreixen un millor desenvolupament del llenguatge o bé simplement que els nens que parlen millor són menys ansiosos que els altres. El nivell de desenvolupament del llenguatge comprensiu i de l'articulació és el mateix en tots dos grups (vegeu la taula 3).

Tal com hem dit fins ara, l'associació entre els problemes de llenguatge i els emocionals és evident en molts estudis (vegeu la revisió de JANÉ, 2001). És ben clar que els alts nivells d'ansietat poden perjudicar l'execució de qualsevol tasca, incloent-hi les tasques lingüístiques.

Pel que fa als nens deprimits, cal dir que en les tres àrees del llenguatge estudiades demostren nivells més baixos en relació als no deprimits. Aquesta troballa és comprensible si es té en compte que la majoria dels trets definitoris de la depressió infantil (anhedònia, apatia, abúlia, inexpressivitat, atonia, turpitud motriu, dificultats de concentració, baixa autoestima...) minven la motivació del nen per comunicar-se amb l'exterior i afavoreixen, d'aquesta manera, el retard de qualsevol de les habilitats lingüístiques. Paral·lelament, els factors cognitius que es veuen alterats per la mateixa condició depressiva també poden explicar la presència d'alteracions del llenguatge. L'alteració d'alguna o de diverses de les capacitats específiques d'autocontrol, com l'autovigilància o l'autoavaluació, o certs estils cognitius vinculats al mateix estat depressiu, poden contribuir a l'aparició o al manteniment d'algunes alteracions del llenguatge. Així, d'acord amb l'encavallament existent entre dife-

rents aspectes lingüístics com són l'estructura del propi llenguatge, el discurs narratiu i la pragmàtica (BISHOP, 1998a, 1998b; HAYDEN i PUKONEN, 1996; VALLANCE i COHEN, 1996), la comorbiditat dels tres tipus d'alteracions (comprensiva, expressiva i articulatòria) entre els nens amb més simptomatologia depressiva es pot explicar per l'existència d'un dèficit cognitiu de base (estructural o secundari a l'estat depressiu) que genera dificultats en tots els nivells.

Els nens més inhibits d'aquesta mostra també presenten un nivell de desenvolupament del llenguatge expressiu, comprensiu i articulador lleugerament inferior al normal i significativament inferior al dels nens desinhibits (vegeu la taula 3). Una explicació plausible és que aquests baixos nivells en les capacitats lingüístiques avaluades són un reflex de la baixa motivació per comunicar-se del nen inhibit (JANÉ, 2001). D'acord amb això, els nens inhibits (REZENDES i altres, 1993) –de la mateixa manera que els que simplement tenen por a parlar en públic (LEWIN, McNEIL i LIPSON, 1996)– parlen menys que els altres, i així és com es dificulta el procés d'adquisició del llenguatge. Aquesta baixa motivació per comunicar-se o les dificultats per implicar-se en les relacions interpersonals també contribueixen al fet que el nen tímid no desenvolupi el mateix nivell que els altres en les habilitats de comunicació no verbal, habilitats que es troben vinculades a estructures cognitives i socials importants per al desenvolupament del llenguatge i de la parla (BAKEMAN i ADAMSON, 1984). D'altra banda, la mateixa interacció entre les dificultats de desenvolupament del llenguatge i un estil temperamental extremadament inhibidor pot repercutir de tal manera en el desenvolupament socioemocional de l'infant que, de retop, es retroalimentin aquests problemes al llarg del creixement. També cal fer referència a l'entramat de relacions que a la literatura es descriu entre conceptes com el temperament difícil, la inhibició conductual, el mutisme electiu, la fòbia social i els trastorns de la parla. Segons aquesta xarxa conceptual, l'alteració del llenguatge dels nens inhibits (fenomenològicament semblants als mutistes i als nens amb fòbia social) es podria explicar fent referència a aspectes inherents al temperament difícil. No obstant això, el fet de si determinats estils temperamentals incrementen la predisposició a certes alteracions del llenguatge és un camp que encara cal explorar.

Conclusions

La proposta d'aquest treball era respondre dues preguntes. En relació a la primera (els nens amb problemes del llenguatge presenten nivells superiors de simptomatologia ansiosodepressiva i/o d'inhibició conductual?), es pot concloure que, efectivament, els nens amb problemes del llenguatge presenten nivells més alts d'ansietat, de depressió i d'inhibició conductual i que aquests nivells de simptomatologia es poden atribuir, d'una banda, a la frustració del nen davant la seva incapacitat per comunicar-se i, de l'altra, a les dificultats de relació que es deriven dels problemes de comunicació.

En relació a la segona pregunta (els nens més tímids, deprimits o ansiosos mostren un llenguatge més alterat?), cal respondre que sí: els nens més tímids, deprimits o ansiosos mostren unes capacitats lingüístiques significativament pitjors que les dels nens no ansiosos, no deprimits o no inhibits. Aquest resultat es pot atribuir a diferents aspectes. D'una banda, a les alteracions de la memòria de treball i de la capacitat de processament d'informació secundàries a certs estats ansiosodepressius. D'altra banda, a la interacció entre el desenvolupament socioemocional i el desenvolupament de les capacitats lingüístiques. En aquest sentit, la distorsió de les relacions socials o els dèficits en la cognició social poden generar dificultats de comunicació i de relació que entorpeixen el desenvolupament del llenguatge. De tota manera, aquest treball només pretén de realitzar una primera aproximació a la relació entre els problemes del llenguatge i els problemes emocionals, entenent que cal fer estudis que aprofundeixin més sistemàticament en els aspectes clau d'aquesta relació.

Referències bibliogràfiques

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-IV*. Washington, D.C.: Author.
- BAKEMAN, R. i ADAMSON, L. (1984). «Coordinating attention to people and objects in mother, infant and peer-infant interaction». *Child Development*, núm. 55, p. 1.278-1.284.
- BAKER, L. i CANTWELL, D. P. (1987a). «Factors associated with the development of psychiatric illness in children with early speech/language problems». *Jour-*

- nal of Atism and Developmental Disorders*, núm. 17, p. 499-510.
- BAKER, L. i CANTWELL, D. P. (1987b). «Comparison of well, emotionally disordered, and behaviourally disordered children with linguistic problems». *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, núm. 26, p. 193-196.
- BAKER, L. i CANTWELL, D. P. (1987c). «A prospective psychiatric follow-up of children with speech-language disorders». *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, núm. 26, p. 546-553.
- BALLESPI, S.; JANÉ, M. C. i DOMÈNECH-LLABERIA, E. (1999). *Escala d'Inhibició Conductual per Preescolars – versió per a mestres (EICP-M)*. Manuscrit no publicat.
- BALLESPI, S. (2001). «Escala d'Inhibició Conductual per Preescolars – versió de mestres (EICP-M)». UAB. Tesina Doctoral.
- BARKLEY, R. A.; DUPAUL, G. J. i MCMURRAY, M. B. (1990). «Attention deficit disorder with and without hyperactivity: Clinical response to three dose levels of methylphenidate». *Pediatrics*, núm. 87, p. 519-531.
- BEITCHMAN, J. H. i altres (1986a). «Prevalence of psychiatric disorders in children with speech and language disorders». *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, núm. 25, p. 528-535.
- BEITCHMAN, J. H. i altres (1986b). «Prevalence of speech and language disorders in 5-year-old kindergarten children in the Ottawa-Carleton-region». *Journal of Speech and Hearing Disorders*, núm. 32, p. 683-687.
- BEITCHMAN, J. H.; TUCKETT, M. i BATH, S. (1987). «Language delay and hyperactivity in preschoolers: Evidence for a distinct subgroup of hyperactives». *Canadian Journal of Psychiatry*, núm. 32, p. 683-687.
- BEITCHMAN, J. H. i altres (1989). «Empirical classification of speech/language impairment in children: II. Behavioral characteristics». *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, núm. 28, p. 118-123.
- BEITCHMAN, J. H.; HOOD, J. i INGLIS, A. (1990). «Psychiatric risk in children with speech and language disorders». *Journal of Abnormal Child Psychology*, núm. 18, p. 283-296.
- BEITCHMAN, J. H.; BROWNLIE, E. B. i WILSON, B. (1996). «Linguistic impairment and psychiatric disorder: Pathways to outcome». Dins J. H. BEITCHMAN i altres (eds.). *Language, learning, and behavior disorders: Developmental, biological and clinical perspective*. Nova York: Cambridge University Press.
- BEITCHMAN, J. H. i altres (2001). «Fourteen-year follow-up of speech/language-impaired and control children: psychiatric outcome». *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, vol. 40/núm. 1, p. 75-82.
- BENASICH, A. A.; CURTISS, S. i TALLAL, P. (1993). «Language, learning, and behavioral disturbances in childhood: A longitudinal perspective». *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, núm. 32, p. 585-594.
- BISHOP, D. V. M. (1998a). *Uncommon understanding*. Hove, U.K.: Psychology Press.
- BISHOP, D. V. M. (1998b). «Development of the Children's Communication Checklist (CCC): A method for assessing qualitative aspects of communicative impairment in children». *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, núm. 39, p. 879-891.
- BURL, N. T. i KAHMI, A. G. (1992). *The topicalization abilities of maltreated children*. Text presentat al American Speech, Language, and Hearing Association Conference. San Antonio, TX.
- CASULLO, M. M. (1998). «Niños y adolescentes de riesgo». Dins R. GONZÁLEZ (ed.). *Psicopatología del niño y del adolescente*. Madrid: Pirámide, p. 319-338.
- CAUFIELD, M. (1989). «Communication difficulty: a model of the relation of language delay and behaviour problems». *SRCD Abstracts*, núm. 7, p. 212.
- CAUFIELD, M. i altres (1989). «Behavioral correlates of developmental expressive language disorders». *Journal of Abnormal Child Psychology*, núm. 17, p. 187-201.
- CICCHETTI, D. i BEEGLY, M. (1987). «Symbolic development in maltreated youngsters». Dins D. CICCHETTI i M. BEEGLY (eds.). *Atypical symbolic development*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- CICCHETTI, D. i CARLSON, V. (1989). *Child maltreatment*. Cambridge: Cambridge University Press.
- COHEN, N. J. i altres (2000). «The interface between AD/ID and language impairment: An examination of language, achievement and cognitive processing». *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, vol. 41/núm. 3, p. 353-362.
- DEMB, H. B. i altres (1998). «Atypical children followed-up in adolescence». *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, vol. 3/núm. 2, p. 289-303.

- DENCKLA, M. B. (1996). «Biological correlates of learning and attention: What is relevant to learning disability and attention-deficit hyperactivity disorder?». *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, núm. 17, p. 114-119.
- DOMÈNECH-LLABERIA, E. (1995). *Comorbilidad de los trastornos del lenguaje*. Universitat Autònoma de Barcelona. Manuscrit no publicat.
- DOMÈNECH-LLABERIA, E. (1996a). *Escala de Sintomatologia Ansiosa Presscolar (ESAP)*. Manuscrit no publicat.
- DOMÈNECH-LLABERIA, E. (1996b). *Escala de Sintomatologia Depresiva para Maestros (ESDM 3-6)*. Manuscrit no publicat.
- DOMÈNECH-LLABERIA, E. (1997). «Trastornos emocionales y patología del lenguaje». Dins J. NARBONA i C. CHEVRIE-MULLER (eds.). *El lenguaje del niño*. Barcelona: Masson, p. 373-382.
- DOMÈNECH-LLABERIA, E. i altres (1999). *Escala de Sintomatologia Depresiva para Maestros (ESDM 3-6)*. Acta del V Congreso de Evaluación Psicológica. Benaládena.
- FARMER, M. (2000). «Language and social cognition in children with specific language impairment». *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, vol. 41/ núm. 5, p. 627-636.
- FORDHAM, K. i STEVENSON-HINDE, J. (1999). «Shyness, friendship quality and adjustment during middle childhood». *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, vol. 40/ núm. 5, p. 757-768.
- FREEMAN, T.; SAWYER, R. i BEHNKE, R. R. (1997). «Behavioral inhibition and the attribution of public speaking state anxiety». *Communication Education*, vol. 46/ núm. 3, p. 175-187.
- GADOW, K. D. i SPRAFKIN, J. (1994). *Child Symptom Inventories manual*. Stony Brook, Nova York: Checkmate Plus.
- GOODYER, I. M. (2000). «Language difficulties and psychopathology». Dins D. BISHOP i L. B. LEONARD (eds.). *Speech and language impairments in children: Causes, characteristics, intervention and outcome*. Philadelphia, PA: Psychology Press, p. 227-244.
- GURALNICK, M. J. i altres (1996). «The peer relations of preschool children with communication disorders». *Child Development*, núm. 67, p. 471-489.
- HADLEY, P. A. i RICE, M. L. (1991). «Conversational responsiveness in speech-and-language-impaired preschoolers». *Journal of Speech and Hearing Research*, núm. 34, p. 1.308-1.317.
- HAYDEN, D. A. i PUKONEN, M. (1996). «Language intervention programming for preschool children with social and pragmatic disorder». Dins J. H. BEITCHMAN i altres (eds.). *Language, learning and behavior disorders: Developmental, biological, and clinical perspectives*. Nova York: Cambridge University Press, p. 436-467.
- JANÉ, M. C. (2001). *Llenguatge i psicopatologia de la infantesa i l'adolescència. Clínica i avaluació*. Bellaterra: Servei de Publicacions de la UAB.
- JANÉ, M. C. i altres (1999). *Trastornos de ansiedad en el niño y en el adolescente*. Acta de las III Jornadas de Psiquiatría del Niño y del Adolescente. Madrid.
- KAGAN, J.; REZNICK, S. J. i SNIDMAN, N. (1987). «The physiology and psychology of behavioral inhibition in children». *Child Development*, núm. 58, p. 1.459-1.473.
- KAGAN, J. i altres (1988). «Childhood Derivatives of Inhibition and Lack of Inhibition to the Unfamiliar». *Child Development*, núm. 59, p. 1.580-1.589.
- LEWIN, M. R.; MCNEIL, D. R. i LIPSON, J. M. (1996). «Enduring without avoiding: Pauses and verbal dysfluencies in public speaking fear». *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, vol. 18/ núm. 4, p. 367-402.
- MACK, A. i WARR-LEEPER, G. (1992). «Language abilities in boys with chronic behavior disorders». *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*, núm. 23, p. 214-223.
- MCDONOUGH, K. M. (1989). «Analysis of the expressive language characteristics of emotionally handicapped students in social interactions». *Behavioral Disorders*, núm. 14, p. 127-149.
- MILLER, J. i altres (1992). «Implementing computerized language sample analysis in the public school». *Topics in Language Disorders*, núm. 12, p. 69-82.
- MIRANDA, A.; CISCAR, C. i ROSELLÓ, B. (1992). «Diferencias conductuales entre niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad, sin hiperactividad y con problemas de conducta». Dins T. BONET (comp.). *Problemas psicológicos en la infancia*. València: Promolibro. Cinteco.
- MIRANDA, A.; PRESENTACIÓN, M. J. i ROSELLÓ, B. (1998). «Trastornos hiperactivos». Dins R. GONZÁLEZ (ed.). *Psicopatología del niño y del adolescente*. Madrid: Pirámide, p. 125-155.
- NOTERDAEME, M. i AMOROSA, H. (1999). «Evaluation of emotional and behavioral problems in language

- impaired children using the Child Behavior Checklist». *European Child and Adolescent Psychiatry*, núm. 8, p. 71-77.
- PAUL, R i JAMES, D. (1990). «Language delay and parental perceptions». *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, núm. 29, p. 669-670.
- PAUL, R i KELLOGG, L. (1997). Temperament in late talkers. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, vol. 38/núm. 7, p. 803-811.
- PAUL, R i SHIFFER, M. (1991). «Communicative initiations in normal and late-talking toddlers». *Applied Psycholinguistics*, 12, 419-431.
- PRIZANT, B i MEYER, E. (1993). «Socioemotional aspects of language and social-communication disorders in young children». *American Journal of Speech-Language Pathology*, núm. 2, p. 56-71.
- REZENDES, M. i altres (1993). «Features of Speech in inhibited and uninhibited children». Dins K. H. RUBIN i J. B. ASENDORPF (eds.). *Social withdrawal, inhibition, and shyness in childhood*. Hillsdale, NJ: Erlbaum, p. 177-187.
- SCHERY, T. (1985). «Correlates of language development in language disordered children». *Journal of Speech and Hearing Disorders*, núm. 50, p. 73-83.
- SPRAFKIN, J. i GADOW, K. D. (1996). *Early Childhood Inventories Manual*. Stony Brook, Nova York: Checkmate Plus.
- TANNOCK, R. i SCHACHAR, R. (1996). «Executive dysfunction as an underlying mechanism of behaviour and language problems in attention deficit hyperactivity disorders». Dins J. H. BEITCHMAN; N.J. COHEN i M. M. KONSTANTAREAS (eds.). *Language, learning, and behavior disorders: Developmental, biological and clinical perspective*. Nova York: Cambridge University Press, p. 128-155.
- TROMBLIN, J. B. i altres (2000). «The association of reading disability, behavioral disorders and language impairment among second-grade children». *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, vol. 41/núm. 4, p. 473-482.
- VALLANCE, D. D. i COHEN, N. J. (1996). *Conversational skills in psychiatrically children with and without language impairments*. Poster presented at the meeting of the International Society for the Study of Behavioural Development, Quebec City.
- VALLANCE, D. D., IM, N. i COHEN, N. J. (1999). «Discourse deficits associated with psychiatric disorders and with language impairments in children». *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, vol. 40/núm. 5, p. 693-704.

Sergi Ballespi Solà és becari del FIS 99/1199 de la UAB.

M. Claustre Jané i Ballabriga és professora de Psicopatologia de la UAB.

Natàlia Díaz-Regañón és col·laboradora del FIS 99/1199 de la UAB.

Josepa Canals i Sans és professora titular de Psicopatologia Infantil i Juvenil de la URV.

Edelmira Domènech-Llaberia és catedràtica de Psicopatologia Infantil i Juvenil de la UAB.
