

Universidad Nacional de Rosario
Facultad de Ciencias Médicas
Escuela de Fonoaudiología
Rosario, Argentina

2025



“Diagnósticos subjetivantes de la comunicación y el lenguaje en la primera infancia”

Estudiante:

Serra, Lara

Con la supervisión de:

Tutoras: Lic. Crespi, María Florencia

Lic. Francesconi, Luciana María

Consultora: Lic. Romani, Yanina

Ensayo presentado por:

Serra, Lara.....
.....

Con la supervisión de:

Crespi, María Florencia
.....
Francesconi, Luciana María.....
.....

Con la consultoría de:

Romani, Yanina.....
.....

Aprobada por:

.....
.....
.....
.....

En Rosario, a los.....días del mes de..... del año.....

Legajo: S-1830/9

Agradecimientos

A mi familia, por brindarme la posibilidad de transitar esta etapa, por su apoyo incondicional y por sostenerme en todo momento.

A mis tutoras Florencia y Luciana y a mi consultora Yanina, por su compromiso, dedicación y acompañamiento a lo largo del desarrollo de esta tesina.

A la Universidad Nacional de Rosario y a la Escuela de Fonoaudiología, por ofrecer el espacio de formación, reflexión y crecimiento que hizo posible este recorrido.

Índice

Resumen.....	1
Referentes Teóricos.....	2
Introducción.....	4
Problematización.....	5
Justificación.....	7
Objetivos	8
Desarrollo	
Capítulo 1: Diagnósticos nomencladores y desubjetivantes	9
Capítulo 2: El desarrollo de la comunicación y la construcción del lenguaje.....	19
Capítulo 3: El juego en el ámbito clínico.....	29
Capítulo 4: Hacia un diagnóstico fonoaudiológico subjetivante.....	36
Conclusiones, interpretaciones y discusiones.....	43
Bibliografía	45

Resumen

Este ensayo aborda una crítica acerca de las prácticas diagnósticas en la primera infancia dentro del campo de la fonoaudiología, en un contexto actual marcado por la creciente estandarización de los procesos evaluativos. Se plantea que el uso exclusivo de pruebas estandarizadas tiende a reducir la complejidad del desarrollo infantil a criterios objetivos, invisibilizando aspectos fundamentales como la historia del niño/a, su entorno y sus modos singulares de comunicarse.

Desde una perspectiva clínica y subjetivante, el trabajo se organiza en cuatro ejes principales. En primer lugar, se analiza el uso de test para diagnósticos objetivos y nomencladores en la infancia, y se problematiza su impacto en la construcción subjetiva del niño/a. En segundo lugar, se aborda la diferencia entre lenguaje y comunicación, destacando el rol del vínculo con otros en el desarrollo de la comunicación y la construcción del lenguaje. En tercer lugar, se contempla el valor del juego como herramienta diagnóstica, terapéutica y promotora de la construcción del lenguaje, ya que permite observar los procesos singulares de cada niño/a de habitar el lenguaje. Finalmente, se propone una forma de intervención basada en diagnósticos subjetivantes, que reconozcan la singularidad de cada niño/a y el valor de la participación activa de las figuras parentales.

Este recorrido invita a repensar el rol del profesional fonoaudiólogo/a, no como mero aplicador de técnicas, sino como alguien comprometido éticamente con el cuidado, la escucha y el acompañamiento respetuoso del desarrollo infantil.

Palabras claves: Diagnóstico- Comunicación- Lenguaje- Juego- Infancias- Subjetividad

Referentes Teóricos

Este ensayo se sustenta en un entramado teórico sólido y coherente con la intención de cuestionar los abordajes tradicionales de los diagnósticos e intervenciones en la primera infancia desde la fonoaudiología. Cada autor/a aporta una perspectiva valiosa para problematizar los dispositivos normativos hegemónicos y, al mismo tiempo, habilitar una mirada clínica centrada en la subjetividad.

En el primer capítulo, donde se aborda críticamente el modelo diagnóstico objetivante y nomenclador que se apoya en manuales y pruebas estandarizadas, se retoman los aportes de Yanina Romani (2024), quien propone un desplazamiento del diagnóstico como acto técnico hacia una lectura situada, relacional y subjetivante. En esa misma línea, Fernanda Felice (2019) advierte que los diagnósticos que se construyen desde parámetros universales pueden convertirse en sentencias fijas dentro de categorías. A su vez, Gisela Untoiglich (2013) resulta fundamental al introducir la noción de patologización de la infancia, señalando cómo ciertas diferencias se transforman en déficit cuando se las evalúa desde una lógica normativa. Por su parte, Lev Vygotsky (1964) desde su teoría histórico-cultural, es recuperado para subrayar que el desarrollo se produce en contextos sociales y afectivos.

El segundo capítulo para profundizar la diferencia entre comunicación y lenguaje, se tiene en cuenta los aportes de Kerbrat-Orecchioni (1997), Siguan Soler (1977) y Juana Levin (2002). Nuevamente Vygotsky (1964) aparece como autor clave al plantear que el lenguaje surge primero como fenómeno social y luego se interioriza. En contraste, Azcoaga (1979) desde una perspectiva neurofisiológica, y Roman Jakobson (1985) desde la lingüística estructural, son analizados críticamente para evidenciar los límites de las propuestas evolutivas rígidas que reducen el lenguaje a etapas madurativas esperables.

Desde la mirada subjetivante, orientada al psicoanálisis, Yanina Romani (2024) en su libro “Clínica de los obstáculos en la comunicación y el lenguaje en la primera infancia” Una perspectiva subjetivante: la ternura como camino posible, realiza un recorrido clínico sobre el desarrollo del lenguaje a partir de la trama vincular y simbólica en la que nace el niño/a. Recupera para ello a autores como Ulloa (1995), quien enfatiza la función constituyente de la ternura, Aulagnier (1977) quien teoriza sobre la violencia primaria como inscripción fundante,

Spitz (1969) y Ajuriaguerra (1950) quienes permiten pensar el cuerpo, el tono y la voz como precursores del lenguaje.

En el tercer capítulo, donde se profundiza el rol del juego en la construcción del lenguaje y el lazo social. Desde el psicoanálisis, se retoman los aportes de Winnicott (1971), quien entiende el jugar como condición para la simbolización y la constitución subjetiva. Asimismo, se incluye el clásico concepto del fort-da propuesto por Freud (1990), entendido como el primer juego que permite tramitar la ausencia del objeto. Por su parte, Rodulfo (1989) introduce las funciones primitivas del jugar. Estas ideas se articulan con teorías del desarrollo cognitivo como las de Piaget (2018) que destacan el valor del juego en la construcción del pensamiento, y con los aportes de Efron (1987) y Esteban Levin (2019) quienes rescatan la dimensión expresiva, afectiva y corporal del juego. Romani (2024) nuevamente, es clave al ubicar el juego como una vía privilegiada para la intervención fonoaudiológica.

Finalmente, en el cuarto capítulo, se recuperan las propuestas clínicas de Yanina Romani (2024), Melina Bonito (2023) y Fernanda Felice (2019), como referentes fundamentales para pensar intervenciones fonoaudiológicas subjetivantes.

Estos referentes teóricos no solo enriquecen el marco conceptual del ensayo, sino que habilitan una reflexión crítica sobre la práctica profesional. Lejos de ofrecer respuestas cerradas, permiten abrir interrogantes y sostener una clínica centrada en la escucha, la singularidad y el respeto por los tiempos de cada niño/a.

Introducción

Hablar del lenguaje en la primera infancia es hablar de una trama compleja donde se entrelazan la historia, el cuerpo, los vínculos y el deseo. Desde el momento en que un niño/a nace, se ve inmerso en un mundo simbólico que ya lo antecede, poblado de palabras, silencios, gestos y miradas que lo nombran incluso antes de poder hablar. En ese entramado, el lenguaje no se reduce a una habilidad comunicativa, sino que se convierte en un vehículo fundamental para la constitución subjetiva, la construcción del lazo social y la apropiación del mundo.

En los últimos años, sin embargo, se ha evidenciado una creciente tendencia a reducir este proceso a una serie de hitos esperables, medibles y clasificables. La intervención temprana, necesaria y valiosa en muchos casos, corre el riesgo de transformarse en una carrera contra el tiempo si se sustenta exclusivamente en protocolos, normativas y diagnósticos cerrados. Frente a ese panorama, emerge la necesidad de recuperar una mirada más sensible y atenta a los modos singulares que cada niño/a tiene de desplegar su comunicación, habitar su cuerpo y construir su decir.

Desde mi formación como futura profesional fonoaudióloga, siento la necesidad de preguntarme ¿Cómo intervenir sin obturar?, ¿Cómo diagnosticar sin etiquetar?, ¿Cómo acompañar sin imponer modos ajenos de ser y expresarse? Este ensayo nace de esa tensión, de esa inquietud, y busca abrir un espacio de análisis sobre la práctica profesional, que no se limite a responder a parámetros preestablecidos, sino que pueda alojar la espera y la escucha activa. Pensar en una fonoaudiología que no sólo observe al niño/a, sino que se deje atravesar por su presencia, implica también revisar las propias herramientas. Supone correrse de la lógica del déficit para preguntarse por los sentidos que habitan los gestos, las miradas, las proxemias, los juegos, los silencios, los balbuceos y las vocalizaciones. Es, en definitiva, una apuesta por una clínica más humana, situada y amorosa. Una clínica que habilite la palabra antes que corregirla, y que reconozca que, en la infancia, cada expresión es ya un modo de existir.

Problematización:

En la actualidad, el campo de la fonoaudiología enfrenta el desafío de revisar sus prácticas diagnósticas, especialmente en lo que respecta al abordaje de niños y niñas en la primera infancia. La creciente tendencia al uso de pruebas estandarizadas, centradas en la comparación con criterios normativos, responde a una lógica de objetividad y clasificación que muchas veces deja por fuera elementos esenciales del desarrollo infantil. Esta lógica puede convertirse en una forma de desconocer la singularidad del niño/a, su historia, sus modos de vincularse y las particularidades de su entorno social, cultural y afectivo.

La urgencia por encontrar respuestas rápidas y medibles frente a las demandas institucionales o familiares puede llevar a etiquetar de forma precoz a niños/as que, lejos de necesitar una categorización, requieren de un acompañamiento cuidadoso, atento y subjetivo. En este sentido, es necesario preguntarse: ¿Qué lugar ocupa la singularidad en las evaluaciones actuales? ¿Qué aspectos quedan invisibilizados cuando la clínica se limita al uso exclusivo de test? ¿Estamos habilitando un espacio de escucha o simplemente encasillando al niño/a en una categoría previamente definida?

Otro de los puntos que se vuelve necesario problematizar refiere a la escasa presencia de experiencias de intercambio reales en la vida del niño/a. El desarrollo de la comunicación y la construcción del lenguaje no puede pensarse sin el lazo con el otro/a. Sin embargo, en la práctica cotidiana es cada vez más frecuente observar infancias mediadas por pantallas, interacciones fragmentadas y escasa disponibilidad por parte del adulto. En este contexto, el lenguaje pierde su dimensión relacional, simbólica y afectiva, transformándose en un conjunto de habilidades aisladas y evaluables. En esta línea, el juego, lejos de ser solo un pasatiempo, aparece como una vía privilegiada de expresión, simbolización y acceso al mundo interno del niño/a. Su valor como herramienta diagnóstica y promotora de la construcción del lenguaje ha sido ampliamente reconocido, sin embargo, no siempre es integrado de manera profunda en la práctica clínica. ¿Qué lugar le damos hoy al juego en nuestra evaluación? ¿Es posible acceder al niño/a sin considerar su dimensión lúdica y creativa?

Por último, se realiza un análisis sobre el rol del profesional de la fonoaudiología, ya que trabajar con niños/as implica una responsabilidad que requiere compromiso, disposición, escucha y sensibilidad para acompañar a cada sujeto en su singular proceso de constitución. Incluir a las

familias o figuras parentales, reconocer los tiempos del desarrollo, y generar intervenciones que habiliten en lugar de clausurar, son aspectos fundamentales para pensar una clínica fonoaudiológica subjetivante y humanizante.

Justificación:

En la actualidad, resulta imprescindible revisar críticamente las formas en que se diagnostican y abordan las dificultades del lenguaje en la infancia. Como profesionales en formación dentro del campo de la fonoaudiología, muchas veces nos encontramos frente a discursos que privilegian la estandarización por sobre la singularidad, encasillando al niño/a en categorías diagnósticas que tienden a desdibujar su historia, su contexto y su subjetividad. Este ensayo surge, entonces, de la necesidad de pensar modos de intervención más respetuosos, sensibles y comprometidos con las trayectorias singulares del desarrollo.

La elección del tema no es azarosa, sino que se inscribe en una preocupación profunda por las implicancias clínicas, vinculares y éticas que conllevan ciertas prácticas diagnósticas hegemónicas. En un contexto donde prevalece el uso automático de herramientas estandarizadas y protocolos rígidos, se vuelve urgente cuestionar ¿Qué lugar le otorgamos al niño/a como sujeto? y ¿De qué manera nuestras intervenciones pueden contribuir o no a la construcción de su lazo con el lenguaje?

Desde esta perspectiva, el presente trabajo busca aportar una mirada crítica sobre las clasificaciones que muchas veces guían las evaluaciones en la primera infancia. Se considera necesario promover una práctica fonoaudiológica que no se limite a detectar indicadores de desviación o retraso, sino que se posicione desde una ética del cuidado, la escucha y la espera. Una clínica que aloje la diferencia, que reciba la palabra aún en sus formas incipientes, que se deje afectar por el juego, el deseo y los modos singulares que cada niño/a tiene de comunicarse y de habitar el vínculo. Lejos de pensar la intervención como un dispositivo de corrección, este recorrido ensayístico propone recuperar el valor del acompañamiento y del encuentro clínico. Porque intervenir en la infancia no es simplemente aplicar técnicas, sino generar condiciones simbólicas y vinculares que habiliten el despliegue de la subjetividad.

Como futura profesional, siento la responsabilidad de formarme no solo desde los marcos teóricos y técnicos, sino también desde una ética de la presencia y del respeto por los tiempos subjetivos. Este trabajo representa un intento de ensayar ese posicionamiento: cuestionando lo dado, revisando las prácticas instaladas, y apostando a una fonoaudiología más humana, situada y abierta al encuentro con el otro.

Objetivos

1. Analizar los diagnósticos nomencladores tempranos en la primera infancia basados en métodos de clasificación cuantitativa.
2. Explicitar el proceso natural del desarrollo de la comunicación y la construcción del lenguaje, destacando la importancia de la dimensión vincular, subjetiva y contextual.
3. Resaltar la importancia del juego como promotor de la construcción del lenguaje y como herramienta diagnóstica y terapéutica.
4. Contemplar diagnósticos e intervenciones subjetivantes desde la clínica fonoaudiológica.

Desarrollo

Capítulo 1: Diagnósticos nomencladores y desubjetivantes

En las últimas décadas, los diagnósticos vinculados a las problemáticas de la comunicación y del lenguaje en la primera infancia ha experimentado una creciente tendencia hacia la aplicación de pruebas estandarizadas. Estos instrumentos, diseñados para medir habilidades lingüísticas de manera cuantificable, han ganado popularidad en el ámbito clínico debido a su aparente objetividad y facilidad de aplicación. Sin embargo, su uso exclusivo para diagnosticar dificultades del lenguaje ha generado debates dentro de la comunidad fonoaudiológica, cuestionando su validez e impacto para comprender la complejidad del desarrollo lingüístico infantil.

Para comprender la controversia en torno a las pruebas estandarizadas, es fundamental definir el concepto de diagnóstico en sí mismo. Por un lado, la etimología de la palabra diagnósticos proviene del griego *diagnōstikós*, que se compone de los prefijos *dia* (a través de) y *gnosis* (conocimiento). Dicho término se refiere al procedimiento que permite discernir, distinguir y conocer una condición o problemática de un individuo en un contexto determinado. Según las integrantes de la Cátedra Lenguaje y Aprendizaje Patológico de la Licenciatura en Fonoaudiología (FCM, UNR) (2023), para lograr arribar a un diagnóstico desde la clínica fonoaudiológica es necesario realizar una evaluación integral donde se contemple en primer lugar, el motivo de consulta, su historia y contexto. Se trata de indagar por qué ese niño/a arriba a la consulta, qué inquietudes tiene su familia, y cómo ha sido el desarrollo del lenguaje, sus pautas madurativas, y su contexto familiar, social y cultural. En segundo lugar, se evalúa la comunicación, donde se busca registrar los recursos lingüísticos, como las palabras, estructuras gramaticales, la sintaxis y el vocabulario que utiliza el niño/a; los recursos no lingüísticos, como los gestos, las miradas, las expresiones faciales y la postura corporal; y los recursos paralingüísticos, que son elementos que acompañan al lenguaje verbal, como el tono de la voz, el volumen, el ritmo, la entonación, la prosodia y las pausas. También se evalúa su intencionalidad comunicativa. En tercer lugar, se evalúa el lenguaje, considerando distintos niveles de su funcionamiento. Se estudia el proceso de codificación lingüística, es decir, cómo el niño/a produce su lenguaje. Este análisis incluye: los rasgos fonémicos donde se analiza si el repertorio fonemático se encuentra completo y aquellos sonidos que no se han adquirido, como

así también si puede pronunciarlos correctamente; los rasgos morféminos, donde se estudia como combina esos sonidos para la construcción de sílabas y palabras; los rasgos sintagmáticos, donde se evalúa si logra unir palabras para la construcción de sintagmas o frases, y si hace uso de las reglas gramaticales, es decir, el uso correcto de artículos, verbos, sustantivos, entre otros; y en el nivel discursivo se analiza su capacidad para producir discursos o enunciados, por ejemplo, si puede contar una anécdota, relatos breves o mantener una conversación coherente. Además, se analiza el proceso de decodificación lingüística, es decir, la capacidad del niño/a para comprender. Se incluye también la selección paradigmática, entendida como la habilidad para elegir correctamente palabras entre varias opciones para construir un discurso. En cuarto lugar, se incluye la observación del dibujo, donde se analizan las producciones gráficas del niño/a con el fin de conocer su desarrollo cognitivo, su capacidad de representación y ciertas praxias motoras relacionada con los aprendizajes escolares, como el trazo, el uso del espacio y la coordinación viso motriz. Se evalúa si lo producido es esperable o no para su edad. Luego, se observa el juego, considerado una herramienta clave para acceder al mundo interno del niño/a. Se interpreta las producciones lúdicas, se observa qué tipo de juegos elige, sus modos de jugar, si respeta los turnos y reglas, y si se encuentra motivado o no durante el mismo. También se evalúa el pensamiento, analizando la etapa en la que se encuentra el niño/a. Esto se infiere a partir de los datos recogidos en las instancias de dibujo, juego y lenguaje, así como también sus producciones de escritura y lectura. Se considera, por ejemplo, si puede resolver problemas simples, razonar lógicamente, anticipar, recordar o clasificar objetos. En quinto lugar, se evalúa la lectura y escritura. Se registran sus producciones escritas, lecturas y producciones orales teniendo en cuenta la edad, historia y contexto del niño/a. Se describe cómo lee y escribe, y se analiza si estos procesos son esperables o no para su edad y en relación con las demandas escolares. Por último, se analizan la atención y la memoria. Se consideran todas las instancias interactivas con el niño/a, observando si puede mantener la concentración, sostener la actividad, recordar consignas simples, secuencias, entre otros aspectos.

Luego de la evaluación y del análisis de cada uno de los ejes clínicos, es posible arribar a un diagnóstico que contemple no solo los aspectos lingüísticos y comunicativos, sino también la subjetividad del niño/a y su contexto familiar, escolar, social y cultural. En este sentido, el diagnóstico no debe entenderse como una etiqueta cerrada, sino como una herramienta que permita aproximarse a la problemática del sujeto desde una mirada singular y situada.

A partir de este diagnóstico, se construye un abordaje terapéutico que incluye la formulación de objetivos generales y específicos. Los objetivos generales orientan la intervención hacia logros a largo plazo, mientras que los específicos permiten delimitar logros más concretos, que se abordarán mediante actividades, estrategias y recursos particulares. Estas pueden incluir juegos, tarjetas y cartas, papeles y lápices, libros, cuentos, canciones, entre otras. Es fundamental que dichos recursos sean seleccionados en coherencia con el diagnóstico realizado y considerando los tiempos lógicos y cronológicos del niño/a. Las estrategias de intervención deben estar teóricamente fundamentadas, ser flexibles y adecuarse a las particularidades de cada caso. La intervención, además, debe respetar los tiempos subjetivos, entendiendo que existen etapas del desarrollo que son esperables y necesarias, más allá de su manifestación en un momento cronológico preciso. Lo importante no debería ser cuándo aparece una determinada conducta o habilidad, sino que ésta pueda acontecer y ser apropiada por el niño/a según su propio ritmo de constitución.

Además, resulta indispensable incluir sugerencias y orientaciones para los adultos significativos que rodean al niño/a: familia, escuela, cuidadores, entre otros. De este modo, se promueve una intervención integral que no solo acompañe el proceso terapéutico individual, sino que también propicie cambios en el entorno que favorezcan el desarrollo subjetivo, comunicativo y lingüístico del niño/a. Asimismo, en los casos en que se identifiquen aspectos que excedan el encuadre fonoaudiológico, se vuelve necesario recurrir a la derivación con otros profesionales del campo de la salud o de la educación. El trabajo interdisciplinario no solo enriquece la comprensión de la problemática, sino que también posibilita intervenciones más amplias, coherentes y respetuosas de la complejidad que implica cada proceso singular.

Por último, el cierre de un proceso terapéutico, ya sea a través del alta o mediante una derivación, debe ser pensado con sensibilidad clínica y ética. No se trata únicamente de evaluar logros o cumplir con los objetivos propuestos, sino también de considerar el vínculo construido con el niño/a y su entorno, así como las particularidades de cada situación. A veces este cierre puede resultar claro y acordado, otras, puede implicar incertidumbres o desafíos. En cualquier caso, debe sostenerse con una escucha atenta y en una mirada integral de cada proceso.

Desde mi perspectiva clínica, en el trabajo clínico con niños/as el modo en que se construyen y utilizan los diagnósticos cobra una relevancia central. Es necesario asumir que el diagnóstico no

debe ser concebido como una sentencia definitiva ni como una categoría que defina al niño/a para siempre, sino como una herramienta clínica flexible, abierta a ser revisada y ajustada en función de cada proceso. Diagnosticar no implica fijar una verdad, sino acompañar una trayectoria. Por lo tanto, el diagnóstico debe pensarse como un recorte posible dentro de una situación singular, que habilite preguntas, orientación y un posicionamiento ético del profesional. Esto exige reconocer que cada niño/a está en construcción, atravesado por su historia, por sus vínculos y por las condiciones sociales y culturales de su época. No se trata de aplicar un molde normativo, sino de escuchar lo que cada sujeto tiene para decir con sus gestos, su juego, su lenguaje y sus silencios. El rol del profesional, entonces, no se reduce a identificar una problemática, sino que implica sostener una mirada atenta, cuidadosa y en permanente revisión. Un diagnóstico responsable debe estar en movimiento, construirse en diálogo con el niño/a, su familia y, cuando es posible, también con la escuela. Gisela Untoiglich (2013) sostiene que los diagnósticos deben funcionar como brújulas orientadoras, no como marcas que cierren sentidos ni trayectorias. El compromiso ético de quien interviene en la infancia es acompañar procesos, no imponer definiciones. Y para eso, es imprescindible que el diagnóstico se mantenga como lo que es: una hipótesis, no un destino.

Por otro lado, en términos del desarrollo infantil y el lenguaje, Yanina Romani (2024) expresa que el diagnóstico puede abordarse desde distintas perspectivas. Por un lado, un diagnóstico objetivante, basado en criterios estandarizados y mediciones cuantificables que clasifica al niño/a dentro de categorías predefinidas. En cambio, el diagnóstico subjetivante prioriza la singularidad del niño/a, su contexto y el proceso relacional con su entorno. Este enfoque parte de la idea de que el diagnóstico se construye en un encuentro transferencial con el niño/a y sus figuras parentales, evitando etiquetas rígidas.

Esta definición resalta la importancia de un enfoque dinámico y comprensivo, donde el diagnóstico no sea una sentencia fija, sino un punto de partida para el acompañamiento del niño/a en su desarrollo comunicativo y lingüístico. En contraposición a esta mirada subjetivante, cobra relevancia indagar los métodos tradicionalmente utilizados en la evaluación del lenguaje infantil. En este sentido, los diferentes test estandarizados se basan en la medición de habilidades lingüísticas específicas, como la comprensión y producción del lenguaje, la memoria verbal y la morfosintaxis. Su principal atractivo es que permiten comparar el desempeño de un niño/a

con una norma establecida a partir de muestras poblacionales. Dicha comparación facilita la identificación de posibles déficits lingüísticos y la asignación de diagnósticos, proporcionando una aparente objetividad al proceso.

Entre los test más implementados en la clínica fonoaudiológica podemos encontrar en primer lugar el CELF (Clinical Evaluation of Language Fundamentals) (2013), una herramienta utilizada para la identificación, diagnóstico y seguimiento de desórdenes del lenguaje. Dentro de esta batería se destacan dos versiones: el CELF-2, destinado a niños/as de entre 3 años y 6 años con 11 meses, y el CELF-5, que evalúa a niños/as desde los 5 hasta los 15 años con 11 meses. En segundo lugar, encontramos el test ADOS (Autism Diagnostic Observation Schedule) (2023), que es una herramienta estandarizada de observación utilizada para evaluar el autismo en niños, jóvenes y adultos. Es aplicada por profesionales clínicos para observar e interpretar aspectos como la interacción social, la comunicación, el juego y el uso imaginativo de materiales, todos esos aspectos frecuentemente afectados en personas con Trastorno del Espectro Autista (TEA). La versión más actual es el ADOS-2, que ha sido revisada y mejorada para ofrecer una evaluación más precisa. Este test es semiestructurado y estandarizado, lo que permite una evaluación flexible pero dentro de parámetros comparables desde los 12 meses hasta la adultez.

A pesar de que estas pruebas ofrecen un marco estructurado para la evaluación, el uso exclusivo de test estandarizados para diagnosticar dificultades en el lenguaje ha sido objeto de diversas críticas. Estos instrumentos evalúan el lenguaje en condiciones artificiales y desconectadas de las interacciones cotidianas del niño/a. Esta descontextualización es particularmente problemática, ya que el lenguaje es una construcción que se da con otros, de manera dinámica, en contextos sociales y culturales específicos, tal como sostiene Vygotsky (1964), el lenguaje acontece y se adquiere en interacción con otros sujetos. Afirma que el lenguaje cumple una función comunicativa social que permite al niño/a expresarse, comprender a los otros y establecer lazos dentro de su comunidad, lo cual lo hace partícipe de la cultura. Por lo tanto, desde mi posicionamiento profesional, considero que un niño/a puede obtener puntajes bajos en un test sin que eso signifique necesariamente una dificultad en la comunicación dentro de su entorno real. La desconexión entre el desempeño en el test y la realidad comunicativa del niño/a resalta la importancia de considerar el contexto en la evaluación del lenguaje. El hecho de que

un niño/a no alcance los estándares establecidos en un test no implica automáticamente la presencia de problemáticas del lenguaje. Sin embargo, en muchos casos, los resultados de estos test se utilizan como criterio principal para emitir un diagnóstico.

Esto habilita pensar que cuando el diagnóstico se basa exclusivamente en el uso de test objetivos, las estrategias de intervención tienden a enfocarse en mejorar el rendimiento en esas pruebas, en lugar de promover el desarrollo lingüístico en contextos funcionales. Por ende, esto puede llevar a tratamientos rígidos y poco personalizados, que no necesariamente responden a las necesidades reales del niño/a. A su vez, a medida que las ediciones del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM, (2013) han evolucionado, también lo ha hecho nuestra comprensión sobre estos problemas u obstáculos y su impacto en los niños/as. El DSM, elaborado por la Asociación Americana de Psiquiatría, es una clasificación de trastornos mentales acompañada de criterios diagnósticos diseñados para facilitar una mayor fiabilidad en los diagnósticos clínicos. Este manual pretende ser una guía práctica, funcional y flexible que permita organizar información útil para arribar a diagnósticos precisos y orientar tratamientos. Además, funciona como instrumento para los clínicos, fuente educativa para los estudiantes y referencia clave para los investigadores del área. Inicialmente, la inclusión de problemáticas relacionadas con el lenguaje en este manual buscaba unificar criterios diagnósticos. Sin embargo, la rigidez de estas clasificaciones promovió un enfoque médico que, en muchos casos, dejó de lado las particularidades contextuales y culturales del desarrollo infantil.

Sostengo que la ambigüedad en las recomendaciones de dicho manual, que propone el uso de pruebas objetivas para diagnosticar los trastornos de la comunicación y del lenguaje, pero no especifica cuáles deben emplearse, añade una capa adicional de complejidad. Esto deja en manos de los profesionales la elección de los instrumentos de evaluación, generando una potencial falta de uniformidad en la aplicación de los criterios diagnósticos. La ausencia de directrices claras sobre qué pruebas utilizar y cómo interpretar sus resultados puede llevar a decisiones diagnósticas inconsistentes y poco confiables. A continuación, se realizará un recorrido por los cambios introducidos en los manuales diagnósticos, particularmente en las distintas versiones del DSM. Este repaso permite visibilizar cómo las categorías no son estáticas ni neutras, sino que responden a construcciones históricas y sociales que inciden directamente en las formas de nombrar, interpretar y abordar las infancias.

En el DSM-III (1980), se introduce por primera vez una categoría específica para los problemas del lenguaje y la comunicación bajo el término “Trastorno del Desarrollo del Lenguaje” (TDL). Este término agrupaba diversas dificultades en la adquisición y uso del lenguaje sin una causa neurológica aparente. Sin embargo, en esta versión el diagnóstico aún era amplio y no diferenciaba con claridad las distintas manifestaciones lingüísticas.

En la revisión del DSM-IV (1994) y su actualización en DSM-IV-TR (2000), el Trastorno Específico del Lenguaje (TEL) se reconoce como una entidad independiente dentro de los trastornos de la comunicación. Se lo define como una dificultad significativa en la adquisición y uso del lenguaje sin que existan déficits intelectuales, auditivos o neurológicos evidentes. Esta versión del manual diferencia el TEL en subtipos, como el trastorno expresivo del lenguaje, el trastorno receptivo del lenguaje y el trastorno mixto del lenguaje receptivo-expresivo. También incluía la categoría de Trastornos Generalizados del Desarrollo (TGD) donde agrupaban al Trastorno Autista, Asperger, Des Integrativo infantil, de Rett y Trastornos Generalizados del Desarrollo no especificados (TGD – NE).

El DSM-5 (2013) introduce cambios importantes en la conceptualización de los trastornos del lenguaje: se elimina el término Trastorno Específico del Lenguaje (TEL) y se reemplaza por el Trastorno del Desarrollo del Lenguaje (TDL) dentro de la categoría general de trastornos de la comunicación. Así como también se reemplazó el término Trastorno Generalizados del Desarrollo (TGD) por el Trastorno del Espectro Autista (TEA). Por último, aparece una nueva categoría tipificada como trastornos de la comunicación social (Pragmático), incluida dentro de los trastornos de la comunicación.

Desde el presente escrito, se sostiene que la creciente tendencia al uso de pruebas estandarizadas en el diagnóstico de dificultades del lenguaje en la infancia constituye un profundo dilema ético. Esta postura se adhiere al posicionamiento del Forum Infancias Red Federal y de la asignatura universitaria Lenguaje y Aprendizaje Patológico, desde donde se cuestiona críticamente la aplicación de estas herramientas. La disciplina fonoaudiológica se encuentra así en una encrucijada: por un lado, el uso de instrumentos diagnósticos estandarizados que prometen objetividad, y por otro, la necesidad de considerar las características singulares de cada niño/a y su contexto. Fernanda Felice (2019) advierte sobre el riesgo de que los diagnósticos e informes clínicos se transformen en sentencias fijas que encasillan al niño/a en categorías rígidas.

Cuestiona el uso de tests estandarizados que tienden a descontextualizar al sujeto, reduciendo su complejidad a cuadros o síndromes y dejando de lado su proceso singular de aprendizaje.

Considero que dicho cuestionamiento pone de manifiesto la necesidad de revisar críticamente los enfoques diagnósticos, para evitar que se transformen en rótulos fijos que limiten el recorrido singular de cada niño/a. Las trayectorias de aprendizaje en la infancia son diversas y no responden a un único patrón. Cuando se intenta ajustar a todos los niños/as a un mismo modelo normativo, se corre el riesgo de desconocer la riqueza de sus procesos de desarrollo. En lugar de celebrar esa diversidad, se tiende a encasillar lo diferente como signo de alteración o déficit, lo cual puede generar intervenciones que no acompañan, sino que restringen y limitan.

Uno de los puntos más controvertidos del DSM, es su falta de consideración por el contexto sociocultural en el que se desarrolla cada niño/a. Yanina Romani (2021) enfatiza que la construcción del lenguaje no puede ser observado de forma aislada, está profundamente influenciado por el contexto sociocultural, la historia de cada niño/a y de quienes ejercen su función materna. A su vez, Vygotsky (1964) sostiene que el lenguaje se produce en un entramado de relaciones sociales que median y configuran el desarrollo infantil, no se trata de una función aislada sino de una función psíquica superior que se constituye a partir del vínculo con otros significantes. Estas perspectivas subrayan la importancia de un enfoque holístico que reconozca las variaciones naturales como parte del desarrollo. Al utilizar test objetivos se piensa que lo que realmente le sucede al niño/a tiene que ver con cuestiones de origen neurobiológico o cognitivos. En contraste, el manual del DSM afirma que, si un niño/a no establece contacto visual, no sonríe, carece de expresión gestual, tiene dificultades para comprender y utilizar el lenguaje verbal y no verbal y tiene movimientos repetitivos, estos pueden interpretarse como rasgos autistas y, por tanto, llevarían a situarlo en esta categoría.

A mi entender, este tipo de diagnósticos resultan reduccionistas y pueden generar efectos adversos, especialmente cuando se aplican en edades tempranas, ya que fija una identidad antes de que el desarrollo haya tenido lugar plenamente. Al tratarse de subjetividades en formación, imponer una categoría desde el exterior puede marcar al niño/a con una etiqueta que condiciona su modo de ser y de relacionarse, tanto consigo mismo como con los demás. En este sentido planteo que criticar los diagnósticos nomencladores y objetivos va más allá de señalar deficiencias normativas, implica apostar por cambios acerca de cómo se percibe el desarrollo

infantil. Tales deben centrarse no solo en corregir dificultades sino también enriquecer los entornos educativos mediante experiencias significativas adaptadas. Etiquetar a niños/as con diagnósticos clínicos desde edades tempranas puede generar efectos negativos que trascienden lo estrictamente terapéutico. Estas categorizaciones, en lugar de servir como herramientas de orientación, corren el riesgo de transformarse en una marca que define al niño/a. En muchos casos, esta identificación precoz con una supuesta patología condiciona sus experiencias comunicativas y su autoestima limitando sus posibilidades de desarrollo y aprendizaje.

Al basarse desde estos diagnósticos, la terapéutica se reduce a utilizar métodos y estrategias reeducativas uniformes para todos los casos. Esta aproximación homogenizadora tiende a desdibujar la individualidad del niño/a. Como sostiene Romani (2021), el niño/a se reduce a ser portador de un trastorno, asumiendo sobre sí mismo toda la carga, mientras que los adultos se desvinculan de la responsabilidad del proceso. Cuando se agrupan problemáticas diversas bajo una misma etiqueta, se pierde de vista la particularidad de cada caso. Esto puede empobrecer el trabajo clínico y alejarlo de una mirada que reconozca lo subjetivo. Por lo tanto, la autora sostiene que es a partir de la ética, que el niño/a debe ser considerado un sujeto a advenir. Se propone buscar un diagnóstico singular teniendo en cuenta los tiempos de cada niño/a y construyendo un vínculo transferencial con él/ella y sus padres. En consecuencia, esto me lleva a pensar que la individualidad del niño/a se diluye en la generalidad de un diagnóstico, y la intervención se convierte en una aplicación mecánica de técnicas preestablecidas, ignorando la riqueza y la complejidad de su experiencia.

Siguiendo esta línea, Untoiglich (2013) advierte que la rigidez de las categorías diagnósticas puede fomentar procesos de patologización temprana, al interpretar como trastornos aquellas variaciones que forman parte de un desarrollo infantil diverso. Es decir, se trata de procesos que tienden a considerar ciertas particularidades de los sujetos como patologías, ubicando al niño/a en el lugar de enfermo y dejándolo por fuera de los criterios de normalidad. Esta tensión involucra no solo decisiones clínicas, sino también una ética del cuidado y de la escucha atenta del sujeto en constitución.

En definitiva, sostengo que nuestro trabajo desde la fonoaudiología, debe proponer un cambio de paradigma hacia enfoques que valoren las diferencias individuales en la construcción del lenguaje como parte de la diversidad humana. Esto implica que la fonoaudiología, como

disciplina, no solo diagnostique, sino que también acompañe el desarrollo integral de los niños/as, colaborando con las familias y las escuelas para evitar que las etiquetas diagnósticas se conviertan en barreras para el aprendizaje y la participación social. Cuestionar dichos diagnósticos permite redirigir la atención hacia metodologías más inclusivas y comprensivas, favoreciendo un crecimiento saludable tanto emocional como lingüístico desde las primeras etapas vitales. Es necesario, comprender a cada niño/a en su singularidad, promoviendo entornos que respondan a las características particulares y los tiempos de cada uno. De este modo, se puede asegurar un enfoque más humano y respetuoso. La fonoaudiología, en este contexto, tiene la responsabilidad de liderar este cambio de paradigma, promoviendo una visión del desarrollo infantil que celebre la diversidad y que se centre en el potencial único de cada niño/a.

Capítulo 2: El desarrollo de la comunicación y la construcción del lenguaje.

¿A que llamamos comunicación y lenguaje?

Es importante, en primer lugar, poder diferenciar los conceptos de comunicación y lenguaje. Según Kerbrat Orecchioni (1997), la comunicación incluye cualquier acto que establezca una relación significativa entre dos o más personas, ya sea verbal o no verbal. Esto implica que el niño/a puede comunicarse incluso antes de la conquista del lenguaje, ya que sostiene que la comunicación es multicanal y plurisemiótica. Esto incluye comportamientos paraverbales y no verbales como gestos, miradas, posturas corporales, proximidad física, así como también manifestaciones orales y escritas. En cambio, el lenguaje puede entenderse como una herramienta simbólica de mediación propia del ser humano, que requiere de procesos de codificación y decodificación para transmitir significados.

Al mismo tiempo, Siguan Soler (1977), menciona que para comprender el origen del lenguaje es necesario remontarse a las formas de comunicación previas, particularmente a la comunicación gestual. Esta forma de expresión no desaparece con la aparición del lenguaje verbal, sino que continúa funcionando como un complemento fundamental. El gesto puede entenderse como un movimiento corporal observable que expresa las intenciones, emociones o estados del sujeto. No todo movimiento visible constituye un gesto: solo aquellos que están vinculados con el modo de ser o el estado subjetivo de quien los realiza y adquieren valor comunicativo. Por eso, su interpretación requiere siempre ser situada en un contexto específico. Dentro de los gestos, podemos distinguir diferentes tipos: los expresivos, que reflejan emociones o estados afectivos; los apelativos, que buscan captar la atención del interlocutor; y los significativos, que invitan a realizar o modificar una acción. Para que estos gestos adquieran valor simbólico y sean integrados al lenguaje, es clave la intervención de un adulto que los resignifique, facilitando así el pasaje del niño/a hacia el lenguaje verbal.

Por otro lado, Levin (2002) señala que la comunicación es un fenómeno más primario, que precede al lenguaje y constituye su base. Sostiene que “el lenguaje es un tramado somato-psíquico-social y se construye con una lengua determinada por medio de actos discursivos y en relación con otro” (p.11). En este sentido, la comunicación inicial del niño/a se transforma en lenguaje a medida que adquiere palabras, gramática y un uso funcional del sistema lingüístico. Afirma que el lenguaje se construye con otros, por otros y para otros. El intercambio afectivo a

través de juegos, miradas, caricias y palabras llenas de energía vital, permite al niño/a explorar el mundo, tomar conciencia de su propio cuerpo y ubicarse en el diálogo, siendo capaz de expresarse y recibir comunicación. Postula que no alcanza con el sustrato biológico para que un niño/a hable, sino que requiere de otro deseante que lo suponga escuchante y como consecuencia hablante, para poder ofrecerle una lengua y así posibilitar su incorporación. De este modo, se establece el vínculo fundamental, donde si no hay otro que espere y desee que ese niño/a a futuro hable, se vista solo/a, escriba, difícilmente esos aprendizajes puedan ser incorporados.

Estas tres perspectivas habilitan a pensar que el lenguaje no emerge de forma aislada, sino que se gesta dentro de un entramado afectivo y corporal construido con otros/as. Invitan a prestar atención no solo a las palabras, sino también a los gestos, miradas y modos de estar los vínculos. Desde esta mirada, acompañar la conquista del lenguaje implica, ante todo, generar condiciones sensibles de encuentro, donde el niño/a pueda sentirse escuchado, deseado y sostenido en su singular forma de comunicarse. Ahora bien, además de estas aproximaciones que destacan la dimensión afectiva y relacional del lenguaje, también es importante considerar otros enfoques que abordan su construcción desde aspectos culturales, biológicos y estructurales.

Lev Vygotsky (1964) a partir de su Teoría Histórico Cultural, sostiene que el lenguaje es un sistema de comunicación y representación, que acontece en la interacción con otros sujetos. Plantea que en el desarrollo cultural del niño/a toda función aparece dos veces: primero, a nivel social, entre personas, en el intercambio verbal, en el encuentro con la sociedad y más tarde, a nivel individual, es decir, en el interior de cada niño/a. Todos los aprendizajes se gestan en la comunicación verbal entre personas, porque son producto de prácticas sociales. Por otro lado, explica que el desarrollo del niño/a se entrecruzan dos líneas que coinciden y se confunden entre sí, gestando una única línea de formación socio biológica. Estas líneas son, por un lado, la línea natural que se emparenta con los procesos de maduración y crecimiento y, por el otro una línea cultural que trata sobre el dominio de los instrumentos de la cultura, entre ellos, el lenguaje. La línea cultural permite la formación de los procesos psicológicos elementales, comunes al ser humano y los animales, como la atención, percepción y memoria, y los procesos psicológicos superiores que son propios de los seres humanos como el lenguaje.

Al mismo tiempo, caracteriza etapas del desarrollo del lenguaje, como el lenguaje social, que cumple la función de comunicar, expresar y comprender con el fin de insertarse en una sociedad;

el lenguaje egocéntrico, el cual permite la resolución de problemas, la planificación, moldea al pensamiento, permite ordenar secuencias de acciones, resolver obstáculos, este tipo de lenguaje al ser interiorizado, da lugar al nacimiento del lenguaje interno, este último permite utilizar el lenguaje para pensar, reflexionar, representar, simbolizar y seguir aprendiendo. Destaca a su vez que el lenguaje no se enseña ni se aprende, sino que se adquiere en la interacción con otros, en el diálogo, en el encuentro con la lengua materna que convierte a los sujetos en hablantes.

En contraste, desde una perspectiva más estructurada, Azcoaga (1979) en su Teoría Neurofisiológica propone una secuencia de etapas en la adquisición del lenguaje, identificando hitos específicos que los niños/as deben alcanzar a determinada edad. Esta teoría tiene un enfoque más normativo del desarrollo lingüístico, donde las desviaciones de esas etapas pueden interpretarse como dificultades o trastornos. Sostiene que en el curso de desarrollo del niño/a intervienen dos procesos: la maduración biológica y el aprendizaje fisiológico. La primera es un proceso que está genéticamente determinado, cuyas pautas se van cumpliendo de manera inexorable. En cambio, el aprendizaje fisiológico resulta de la interacción del individuo con el medio. Esta interacción en el desarrollo puede ser estudiada en diferentes etapas sucesivas.

Desde una perspectiva lingüística, Jakobson (1985) sostiene que la adquisición del lenguaje sigue un orden determinado, aunque también afirma que el ritmo de adquisición es variable, dependiendo de cada niño/a. Este proceso está relacionado con la adquisición de la lengua materna, la cual actúa como modelo para el niño/a. Al inicio, los niños/as cuentan con un sistema fonológico reducido, que se va ampliando de manera progresiva. Este desarrollo sigue ciertas regularidades, como la ley del contraste máximo, según la cual se pasa de formas más simples y homogéneas a otras más complejas, estratificadas y diferenciadas. También se encuentra la ley del menor esfuerzo, que explica por qué los niños/as tienden a producir sonidos más simples, que requieren menor esfuerzo fisiológico. Por último, se encuentran las leyes de implicancia o solidaridad, según las cuales, para que se adquiera un determinado fonema, es necesario que previamente se haya adquirido otro. La adquisición del lenguaje, entonces, es un proceso gradual y variable, influido tanto por la maduración como por la exposición a la lengua.

Desde una perspectiva crítica y personal, podemos mencionar que partir de la incorporación de las ideas de Jakobson sobre el desarrollo del lenguaje, puede pensarse que su enfoque se articula más estrechamente con el de Azcoaga, ya que ambos comparten una perspectiva estructural y

secuencial del desarrollo lingüístico. Jakobson propone que el niño/a adquiere el lenguaje en un orden determinado, que va desde lo más simple y homogéneo hacia lo más complejo y estratificado, siguiendo las regularidades del sistema fonológico de la lengua materna. Del mismo modo, Azcoaga, desde su teoría neurofisiológica, postula una secuencia evolutiva donde la adquisición del lenguaje se organiza en etapas vinculadas a la maduración biológica y al aprendizaje fisiológico. En ambos casos, el lenguaje se concibe como un proceso que avanza progresivamente conforme a ciertas leyes internas del desarrollo, y donde las desviaciones de ese orden pueden ser interpretadas como dificultades. Ahora bien, el contraste entre Azcoaga y Vygotsky resulta interesante para reflexionar sobre las distintas formas de concebir el lenguaje en la infancia. Mientras que Azcoaga plantea un modelo normativo, centrado en hitos madurativos que deben alcanzarse a determinada edad, Vygotsky, desde la teoría histórico-cultural, sostiene que el lenguaje no se aprende por maduración ni se transmite de forma directa, sino que se adquiere en el encuentro con los otros, es decir, en el marco de prácticas sociales. En este sentido, Jakobson puede funcionar como un puente entre ambas posiciones, si bien se ubica más próximo a Azcoaga en términos de estructuración lingüística y secuencialidad, también introduce la importancia del modelo lingüístico al que el niño/a está expuesto, es decir, la lengua materna como organizadora del proceso de adquisición.

Podemos ver como dichos enfoques ofrecen miradas distintas sobre la conquista del lenguaje, lo que puede influir en la forma en que se concibe un diagnóstico y la intervención correspondiente. La articulación de estas perspectivas teóricas permite cuestionar los modelos diagnósticos que se apoyan en parámetros normativos rígidos y cronologías fijas del desarrollo lingüístico. Tal como se plantea en el enfoque de Azcoaga, existen etapas que pueden orientar el desarrollo del lenguaje, pero cuando estas se vuelven prescriptivas y se aplican sin contemplar la singularidad de cada niño/a, corren el riesgo de patologizar diferencias que podrían ser parte de trayectorias lingüísticas diversas. Por eso, más que buscar que todos los niños/as alcancen ciertos hitos en momentos específicos, la intervención desde la fonoaudiología debería enfocarse en acompañar y enriquecer los procesos comunicativos, valorando las formas propias que cada niño/a encuentra para habitar el lenguaje. Diagnosticar no puede implicar homogeneizar, sino comprender la variabilidad y ofrecer herramientas que favorezcan el despliegue subjetivo de la palabra, sin imponer tiempos específicos, ni modelos ajenos a su mundo interno, experiencias y contexto cultural.

En este sentido, resulta imprescindible incorporar una mirada que considere que el lenguaje no solo se construye, sino que se transmite y se hereda en una trama simbólica preexistente. Así mismo, podemos decir que el lenguaje preexiste al sujeto, el niño/a al nacer se encuentra con una lengua la cual debe descubrir y apropiársela en base a la trama significativa que lo sustenta y que lo puntúa como sujeto sujetado a otro. Es decir, ante cada cosa que él bebe realice, sus otros de crianza le otorgan diferentes significaciones. Así mismo, el niño/a advendrá como sujeto del lenguaje, sujetado a otros, pasando de ser jugado, hablado, tocado por los que cumplen sus funciones parentales, a hablar, jugar e interactuar con otros/as.

Desde una perspectiva subjetivante, Romani (2024), sostiene que la infancia debe ser entendida como un territorio fundacional donde se constituyen el cuerpo, el lenguaje, el deseo y el lazo social. No puede ser reducida a un simple estadio evolutivo o a una lista de habilidades a adquirir, es, ante todo, un tiempo de constitución subjetiva, un hiato en el que el infans aquel que aún no habla, comienza a apropiarse del lenguaje preexistente mediado por el deseo de los otros. En este proceso, los cuidados primarios no se limitan a cubrir necesidades biológicas. Para que un niño/a devenga sujeto sujetado al lenguaje, necesita de un otro que lo mire, que lo reconozca, que lo escuche y que le hable desde una apuesta amorosa. La autora retoma aportes de Ulloa (1995), quien sostiene que la ternura constituye una función fundante en la constitución subjetiva del ser humano. Este autor la define como una modalidad de vínculo que se expresa a través de gestos, miradas y actos de cuidado que transmiten reconocimiento. La ternura, tal como él la concibe, se sostiene sobre dos pilares fundamentales: la empatía y el miramiento. La empatía implica la capacidad de resonar emocionalmente con el otro, de ponerse en su lugar sin invadirlo. El miramiento, por su parte, refiere a una actitud atenta y respetuosa, una forma de presencia que reconoce la fragilidad y singularidad del niño/a, habilitando así un espacio subjetivante donde pueda sentirse visto y sostenido.

A su vez, Romani (2024) subraya la importancia de la voz materna, ya que la manera de hablar al bebé se denomina *maternes*, con su musicalidad, su entonación cargada de afectividad invoca la mirada, convoca a responder, enlaza y sujeta. Más allá de las diferencias culturales, las madres tienden a hablar a sus bebés con un mismo patrón, sintaxis simplificada, pausas significativas, silencios cargados de mirada, tonos agudos y ausencia de tonos graves. Frente a esta voz, el bebé responde y aparecen las primeras vocalizaciones que tienen como características que son

universales, es decir, que se dan de la misma manera en todos los niños/as del mundo. Al mismo tiempo, el niño/a empieza a sostener su cabeza y aparece la sonrisa social. Siguiendo a Stern (1983), la autora recupera la noción de diálogo vocal imaginario, considerado un preludio del intercambio entre dos sujetos hablantes. Se trata de una forma de comunicación en la que la madre emite palabras, deja espacios de silencio que anticipan respuestas aún inexistentes, y retoma el habla, como si el bebé ya fuera un interlocutor activo y capaz de participar en el diálogo. A través de los silencios y la modulación afectiva de la voz del adulto, el bebé comienza a diferenciar y reconocer al otro. Su propia voz deja de ser un grito de descarga para convertirse en una llamada dirigida, una voz humanizada que invoca y demanda.

Por otro lado, sostiene que es importante subrayar que este proceso no se da de forma automática. Fue necesario que los gritos, movimientos, crispaciones, distenciones del bebé fueran leídos como mensajes y tranquilizados por sus figuras parentales, quien responde de acuerdo a lo que interpreta que su hijo/a necesita. En definitiva, el adulto y el niño/a adjudican significaciones a las señales corporales emitidas por el otro, las cuales si son correctas provocan la respuesta esperada. Así, se produce un circuito de significación que refuerza el placer de haber sido comprendido. De este modo, se va generando lo que Ajuriaguerra (1950), denominó diálogo tónico, función primitiva y permanente de comunicación. Es el primer sistema de señales, único código disponible al niño/a durante mucho tiempo, antes de que pueda apropiarse del lenguaje verbal. A diferencia del diálogo vocal imaginario centrado en la voz y en los intercambios sonoros, el diálogo tónico se manifiesta en el cuerpo. Por otro lado, si los otros de crianza no observan al niño/a, no responde a sus señales o responden a sus necesidades antes que estas aparezcan, no permitirán que el niño/a tenga registro de su necesidad ni de los objetos que las satisfacen, no podrá imaginarlos, desearlos ni pensarlos. El niño/a se irá convirtiendo en un receptor pasivo, sin poder desarrollar señales más elaboradas.

A menudo me pregunto cuánto lugar le damos, en nuestra formación profesional, a los momentos previos al lenguaje, esos que no se pueden sistematizar ni evaluar con pruebas estandarizadas, pero que sostienen lo que luego devendrá palabra. ¿Qué pasa cuando el balbuceo no aparece en el tiempo que marca el protocolo? ¿O cuando la sonrisa social se demora? Si seguimos esperando sólo lo que los instrumentos pueden medir, podríamos pasar por alto los signos más vitales de estos procesos que están en curso y que son únicos e irrepetibles en cada

niño/a. Estas preguntas me invitan a pensar en momentos clínicos en los que algo no se ajusta a lo esperable. Allí, cuando los indicadores formales no alcanzan para explicar lo que sucede, aparece la necesidad de detenerme, de abrir un espacio de escucha que no se limite a lo que puede ser nombrado o medido, sino que incluya también aquello que aún no se dice, pero que ya está siendo expresado.

En esta misma línea, Aulagnier (1977), conceptualiza acerca de la violencia primaria, sostiene que es la imposición necesaria del deseo del otro sobre el psiquismo del niño/a. Aunque implique que el adulto piense por el niño/a y le atribuya sentido a sus manifestaciones, esta violencia es necesaria y subjetivante, ya que, a partir de ella, el niño/a se irá construyendo a través de necesidades y demandas que darán lugar más adelante a las palabras. Sus otros de crianza descifran, interpretan, nombran y así van diferenciando los distintos llantos, ruidos, gestos, demandas, y responden con diferentes ofrecimientos, acompañados de palabras que anticipan y normativizan la experiencia. En paralelo, organizan la vida cotidiana, instalan rutinas, ritmos de vigilia y sueño, alimentación e higiene, y el niño/a va incorporando en estos actos cotidianos las primeras formas de orden cultural. Este entramado de cuidado introduce un tercer lugar, una separación fundante que posibilita la emergencia de un sujeto. Cada uno de estos actos inaugura una distancia necesaria que permite al niño/a reconocerse como un ser separado.

Retomando su recorrido teórico, Romani (2024) sostiene que el grito inicial, se convierte en un llamado particular según la necesidad: hambre, sueño, deseo de juego o de contacto. Esto es posible porque hay un otro que le atribuye sentido a las demandas, y porque el niño/a va modulando sus emisiones en función de la respuesta que recibe. Es crucial que entre la demanda y la satisfacción exista un tiempo de espera, que la madre no responda de inmediato, que haya alternancia de presencia y ausencia, espacios de incertidumbre y misterio. Alrededor de los 6-8 meses, el bebé empieza a perder las vocalizaciones universales para conquistar el balbuceo y a apropiarse de los sonidos propios de su lengua materna. Para la autora el balbuceo está relacionado con la estructura musical de la lengua y permite identificar a que comunidad lingüística pertenece. A través de este, el bebé empieza a llamar, pedir y convocar al otro con cierta melodía y ritmo propio de su lengua materna. Al mismo tiempo, se inaugura un incipiente diálogo, con alternancia de turnos, que sienta las bases del lenguaje y teje el entramado simbólico.

En lo personal, me interesa pensar cómo esos llamados no solo convocan al otro/a, sino que también lo construyen. En cada balbuceo, en cada gesto que busca una respuesta, el niño/a no solo va construyendo el lenguaje, sino que también invita al adulto/a como interlocutor. Es en ese intercambio donde ambos, niño/a y adulto, se constituyen mutuamente. Y ahí aparece un desafío clínico, saber estar atentos no solo a lo que el niño/a expresa, sino también a cómo nos posicionamos frente a ese llamado.

Por otro lado, Romani (2024) asegura que el juego de imitación se vuelve central, con gestos, sonidos, miradas, orientado a convocar al otro. Paralelamente, el niño/a comienza a reconocer su nombre y a utilizar palabras ritualizadas para llamar, pedir o designar. Esta capacidad simbólica también se expresa en el cuerpo, al diferenciarse del cuerpo materno y apropiarse de su motricidad, el niño/a avanza hacia la autonomía. La marcha independiente y el mayor dominio corporal lo enfrentan a las primeras prohibiciones, donde el *no* maternal delimita, genera angustia y, al mismo tiempo, habilita la afirmación como sujeto separado. Hacia mediados del segundo año, el niño/a empieza a utilizar el término *no*. Dominio que le permite negar, desafiar y oponerse. Este negativismo no debe ser interpretado como un problema de conducta, sino como un signo vital de diferenciación subjetiva. Al mismo tiempo, el lenguaje combinatorio se intensifica, aparecen enunciados por la unión de dos palabras, aunque aún desprovistos de artículos, preposiciones o conjugaciones. Esta etapa, conocida como lenguaje telegráfico, indica que el niño/a ya puede estructurar relaciones semánticas más complejas. A la vez, el control de esfínteres, que emerge hacia los dos años y medio, implica no solo un dominio corporal sino también un logro simbólico: el niño es capaz de retener, de esperar, y de responder a una demanda externa. Sin embargo, este logro solo se conquista si hay otro que demanda, que espera y acompañe este proceso.

Finalmente, la autora sostiene que el diálogo, se vuelve más elaborado, con turnos de palabra, escucha activa y alternancia de roles. Desde estas primeras palabras que fueron primero ajenas, luego ajeno-propias, y finalmente neutras, el sujeto comienza a asumirse en su decir. Ya no habla desde el lugar del otro, habla desde sí mismo. Hacia los tres años, se conquista el uso del pronombre personal *yo*, elemento crucial en la consolidación de la identidad subjetiva. Este momento marca un antes y un después en la constitución del niño/a como sujeto diferenciado de los demás, capaz de ubicarse en una posición singular frente al mundo. Desde esta perspectiva

Levin (2002), sostiene que el uso del pronombre yo no es simplemente una cuestión gramatical, sino una verdadera asunción subjetiva que evidencia la emergencia de una conciencia propia. Con el tiempo, el lenguaje se organiza bajo reglas fonológicas, morfológicas, sintácticas y semánticas, según las normas de la lengua y de la cultura, lo que implica la instalación de una terceridad que regula y posibilita el lazo social. Este recorrido articula subjetividad, lenguaje, cuerpo, juego y vínculo, que permite, desde la clínica, pensar intervenciones respetuosas de los tiempos singulares de cada niño/a.

Desde una perspectiva asumida, este recorrido permite reafirmar que la comunicación y el lenguaje no emergen espontáneamente ni responden a un proceso lineal que deba ser medido o acelerado. Surgen del encuentro, de la ternura, del silencio que da lugar al otro y de una interpretación amorosa. Frente a los discursos que intentan cuantificar el desarrollo infantil, este trabajo nos recuerda que el nacimiento del lenguaje y del deseo es fruto de una construcción afectiva, paciente y profundamente humana. Al mismo tiempo, deja en evidencia que el acceso al lenguaje, al deseo y al lazo social no es automático ni natural, sino un devenir atravesado por el amor, la espera, la interpretación y la presencia del otro significativo. La constitución subjetiva es, en ese sentido, un acto profundamente humano. A la luz de este desarrollo, resulta interesante preguntarnos: ¿Qué sucede cuando las experiencias fundacionales no se gestan de manera suficientemente sostenedora? ¿Qué ocurre cuando un niño/a no encuentra en el otro una presencia que le devuelva una imagen coherente de sí mismo? ¿Cómo afecta esto su posibilidad de habitar el lenguaje, de jugar, de construir la ausencia como algo tolerable y no angustiante?

Considerando lo planteado puedo analizar que lo más conmovedor de este recorrido es reconocer que el lenguaje no es solo un código que se aprende, sino un verdadero camino de subjetivación. Cada palabra llega primero desde el afuera, pronunciada por otras personas, cargada de sentido, de deseo y de marcas afectivas. Solo con el tiempo el niño/a puede apropiársela y hacerla propia. Habitar el lenguaje es, entonces, habitar un lugar en el mundo. Esta perspectiva subraya la importancia del entorno afectivo y simbólico en la construcción del lenguaje. No se trata de una simple adquisición de palabras, el niño/a no habla en el vacío, su capacidad de enunciar emerge en un espacio de significación que sus figuras primarias construyen para él o ella. La escucha interpretativa de las figuras parentales no implica solo recibir lo que el niño/a dice, sino también atribuirle sentido, incluso cuando sus expresiones no

coinciden con las expectativas del adulto. Esta diferencia entre lo que el niño/a dice y lo que el adulto espera oír es crucial, si se reduce el discurso infantil a lo esperado, se corre el riesgo de invisibilizar su singularidad. De ahí la importancia de una escucha que no obture, sino que despliegue posibilidades, y de una presencia que no límite con normas estrictas, sino que acompañe y sostenga.

Capítulo 3: El juego en el ámbito clínico

El juego es una actividad fundamental en el desarrollo infantil y cumple un rol central en la constitución subjetiva y la construcción del lenguaje. Desde la fonoaudiología, es posible entender al juego como un espacio privilegiado para la emergencia de la comunicación, la conquista del lenguaje y construcción de significados compartidos. A través del juego, los niños/as pueden expresar emociones, explorar temores, canalizar conflictos y darles forma a vivencias internas que de otro modo sería difícil de nombrar.

Podemos encontrar diferentes teorías acerca del juego, por un lado, encontramos a Winnicott (1971), quien establece una relación entre los objetos transicionales, el juego y experiencias culturales. El autor nos invita a pensar el juego como un puente entre la realidad interna y externa, donde el niño/a no solo explora el mundo, sino que también se descubre a sí mismo. En este sentido, el objeto transicional no es solo un objeto cualquiera, sino un soporte simbólico que permite la emergencia del pensamiento y de la identidad.

Por otro lado, Freud (1990), sostiene que el niño/a conquista el juego y se vuelve jugador a partir del fort-da. Considera que el juego es una actividad simbólica que le permite al niño/a renunciar a una satisfacción instintiva haciendo activo lo sufrido pasivamente. Su objetivo es arrojar objetos fuera de su alcance, como un modo de simbolizar la ausencia de la madre, cuando el adulto le devuelve dicho objeto aparece la satisfacción de haberlo recuperado. Sin embargo, para Rodulfo (1989), antes del fort-da existen otros juegos estructurales para la construcción libidinal del cuerpo. El autor plantea momentos que son anteriores a poder simbolizar una desaparición. Conceptualiza acerca del primer momento de la estructuración del cuerpo o primera función del jugar, que es la combinación de dos momentos: agujerear y hacer superficies. Al principio el niño/a no tiene la capacidad de fabricar sus propios imagos. Estos son las primeras configuraciones psíquicas del otro o quien cumple la función materna, construidas a partir del vínculo sensorial, afectivo y corporal. Se trata de estructuras inconscientes que organizan el deseo, la angustia y el juego. A partir de estas experiencias tempranas, el niño/a mediante la mirada y las manos, extrae y perfora simbólicamente el cuerpo materno. Esto permitirá auto inscribirse bajo una superficie continua y sin agujeros. El segundo momento de la estructuración del cuerpo o segunda función del jugar, se relaciona con la creación de un tubo o del espacio bidimensional. Se observa al niño/a concentrado en una serie

de juegos tales como sacar objetos de la cartera de su madre o de algún cajón, y es ahí donde interviene la relación continente/contenido. Y por último la tercera función del jugar o el tercer momento de la estructuración del cuerpo se relaciona con el fort-da y es la creación de un espacio tridimensional, puede verse a través de los juegos de escondite, tapar y destapar. Esta función permite imaginar la desaparición del otro, dando lugar a un manejo regulable de la angustia.

Considero que este recorrido muestra que el juego es un acto fundante en la constitución subjetiva. A través de él, el niño/a tramita la ausencia, simboliza, se posiciona frente al deseo del otro y comienza a construir sus propias representaciones. Reconocer estas funciones invitan a valorar el juego como una herramienta clínica central y no como un recurso secundario.

Desde una perspectiva psicogenética, Piaget (2018) sostiene que el juego es un medio a través del cual los niños/as exploran y organizan su mundo, estableciendo conexiones entre la acción y la representación. A partir de esto, caracteriza a los distintos juegos ligados con la estructura de pensamiento presente en el niño/a. Por un lado, están los juegos de ejercicio, este tipo de juego surge en los primeros meses de vida y se basa en la repetición de movimientos y acciones que inicialmente tenían un propósito práctico, pero que luego se realizan por el simple placer de la actividad. Es una forma en la que el niño/a explora sus capacidades motoras y sensoriales, ayudando a fortalecer lo que ha aprendido. Esta etapa se corresponde con la fase sensoriomotora del desarrollo cognitivo. Luego, encontramos el juego simbólico, el cual aparece entre los 2 y 3 años y se extiende hasta los 6 o 7 años. En este tipo de juego, el niño/a utiliza la imaginación y la imitación para representar escenas de la vida cotidiana, modificándolas según sus intereses y deseos. Los objetos y juguetes pueden adquirir significados diferentes al de su uso original, funcionando como símbolos dentro del juego. A través de estas actividades, el niño/a recrea y asume distintos roles sociales, como el de maestro, médico, conductor, entre otros, favoreciendo así el desarrollo de la función simbólica y del pensamiento representativo. Y, por último, el juego reglado, se da a partir de los 6 o 7 años y se basa en el cumplimiento de normas que todos los participantes deben seguir. Este tipo de juego requiere cooperación entre los jugadores, ya que la actividad solo es posible si todos respetan las reglas. Al mismo tiempo, introduce la competencia, ya que en la mayoría de los casos hay un ganador/a. A través de este tipo de juegos, el niño/a aprende a coordinar su perspectiva con la de los demás, a prever las acciones de otros

y a desarrollar habilidades sociales fundamentales, superando progresivamente el egocentrismo infantil.

Desde esta mirada, puedo inferir que el juego no debe ser entendido solo como una actividad recreativa, sino como una forma esencial de conocimiento, de apropiación del entorno y de constitución subjetiva. En un contexto donde muchas veces se privilegia la estimulación dirigida y los aprendizajes formales desde edades tempranas, es fundamental defender el valor del juego libre y espontáneo como espacio donde el niño/a despliega su mundo interno, prueba hipótesis, resuelve conflictos y se constituye como sujeto. El juego, como expresión privilegiada del pensamiento infantil, no solo refleja el desarrollo cognitivo, sino que también promueve la creatividad, la simbolización y el lenguaje. Por eso, más que un simple entretenimiento, el juego es una necesidad vital que habilita el crecimiento en múltiples dimensiones. Al mismo tiempo podríamos preguntarnos: ¿Qué sucede cuando un niño/a no encuentra ese espacio de juego? ¿Cómo influye en su desarrollo la ausencia de un entorno que le permita construir estos puentes entre su mundo interno y externo? Frente a estos interrogantes, la tarea del profesional no siempre debe centrarse en intervenir para enseñar, nuestra tarea podría ser en algunos casos propiciar y en otros acompañar y sostener ese espacio lúdico, permitiendo que el niño/a pueda crear y transformarse en ese proceso.

Por otro lado, Romani (2024) destaca la doble función del juego en el ámbito clínico, tanto como herramienta diagnóstica para la observación de aspectos clínicos relevantes, como en su valor terapéutico. En este sentido, resalta la importancia de reconocer el juego como un derecho fundamental de la infancia y subraya el rol del terapeuta en este proceso, quien, al considerar el juego como eje central de la niñez, debe propiciar espacios donde éste se desarrolle genuinamente, permitiendo que las intervenciones surjan dentro de la misma dinámica lúdica.

En lo personal, entiendo que el juego dentro de la clínica fonoaudiológica no solo permite observar al lenguaje en acción, sino que también se convierte en una herramienta privilegiada para su construcción. Algunas estrategias empleadas en este contexto consisten en generar situaciones comunicativas reales, en las que el niño/a sienta el deseo de expresarse. El juego simbólico, por ejemplo, facilita la ampliación del vocabulario y el trabajo sobre estructuras sintácticas, ya que se crean escenarios en los que emergen nuevas palabras y formas gramaticales. Asimismo, los juegos de roles y las situaciones conversacionales permiten abordar

aspectos de la pragmática del lenguaje, como la toma de turnos, la coherencia discursiva y el mantenimiento del tema. Actividades como secuencias, adivinanzas o cuentos también favorecen la comprensión, la expresión y fortalecen la construcción del lenguaje narrativo. En este sentido, sostengo que el juego en la clínica fonoaudiológica no solo facilita la observación natural del niño/a, sino que también lo enriquece, siempre partiendo del deseo, la interacción y la singularidad de cada niño/a.

Siguiendo esta misma línea desde el ámbito clínico, Efron (1987) introduce la hora de juego diagnóstica. En un principio aclara la diferencia entre la hora de juego diagnóstica con la hora de juego terapéutica. La primera engloba un proceso que tiene comienzo, desarrollo y fin, opera y se interpreta como una unidad. En cambio, en la segunda van surgiendo aspectos y modificaciones estructurales por la intervención activa del terapeuta. Plantea que cada espacio de juego diagnóstico representa una experiencia novedosa, en la que se establece un vínculo transferencial cuyo objetivo es favorecer el conocimiento y la comprensión del niño/a. Para que esta instancia sea efectiva, es importante considerar ciertos aspectos del entorno, como la sala de juego, la cual no debe ser ni muy pequeña ni excesivamente grande, de modo que permita la libertad de movimiento sin generar desorganización. Además, los materiales deben estar cuidadosamente seleccionados, no conviene presentar una cantidad excesiva de elementos, ya que esto puede distraer y confundir. Lo ideal es disponer algunos objetos sobre la mesa y otros dentro de una caja abierta, evitando la acumulación o el agrupamiento desordenado. Estos elementos deben ser variados en tamaño, textura y forma, con el fin de ofrecer distintas posibilidades de exploración y simbolización. A su vez, el vínculo entre el niño/a y el terapeuta es clave para el proceso diagnóstico, ya que permite al niño/a no solo sentirse seguro y en confianza, sino también abrirse a la exploración de sus emociones y su mundo interno. Por otro lado, realiza un análisis de ciertos indicadores a tener en cuenta que permite un método de investigación para poder alcanzar al diagnóstico y pronóstico. Estos indicadores son la elección de juguetes y de juegos, la modalidad de juego, la personificación, la motricidad, la creatividad, la capacidad simbólica, la tolerancia a la frustración y, por último, la adecuación a la realidad. Observando en cada una las diferentes respuestas del niño/a. La hora de juego diagnóstica es una herramienta poderosa para conocer y comprender al niño/a, pero requiere de una sensibilidad especial por parte del profesional.

En este sentido, al explorar la hora de juego diagnóstica puedo interpretar que la misma no puede ser pensada como un procedimiento meramente técnico, sino como un espacio donde el profesional en un vínculo transferencial se posiciona desde una escucha atenta, ética y singular. El juego se convierte en una vía privilegiada para acceder a aquello que no siempre puede ser dicho con palabras, permitiendo que el niño/a se exprese desde sus propios códigos, ritmos y fantasías. No se trata solo de observar conductas, sino de implicarse con lo que emerge en la escena lúdica, sosteniendo una actitud clínica que respete la subjetividad del niño/a. En un contexto que muchas veces prioriza la estandarización y la rapidez en los diagnósticos, recuperar el valor del juego como herramienta de exploración profunda es también una forma de resistir a la patologización temprana y de apostar por intervenciones más humanizadas y respetuosas de cada trayectoria

Por otro lado, Levin (2019) sostiene que el juego es una herramienta esencial para el diagnóstico, ya que permite comprender la experiencia del niño/a más allá de una mera clasificación nosográfica. A través del juego, se accede a su mundo simbólico, emocional y neuronal, observando cómo se configuran el deseo, el placer y el malestar. Afirma que diagnosticar jugando no implica etiquetar o encasillar, sino abrirse a la dimensión desconocida que el niño/a pone en juego. De este modo, el diagnóstico no se centra en determinar si el niño/a encaja en una categoría clínica específica, sino en entender su experiencia, su modo de representar el mundo y construir su subjetividad. El autor plantea que el juego no busca cerrar un sentido unívoco ni encontrar una verdad definitiva sobre el niño/a, sino que abre la posibilidad de alojar lo que no encaja, lo que desborda, lo que no puede ser dicho en otros lenguajes. Al mismo tiempo subraya que si un terapeuta no puede jugar, tampoco puede diagnosticar. Esto rompe con una mirada tradicional del diagnóstico como algo técnico, objetivo y neutral, y lo transforma en una construcción vincular, donde el diagnóstico se crea en el encuentro con cada niño/a. El juego se vuelve la forma ética de acercarse a las dificultades presentes del momento, no para encasillarlo, sino para sostenerlo, interrogarlo, inventar con él nuevas formas de expresión. Por último, resalta que el jugar tiene límites, comienza y termina, y esa estructura temporal coincide con lo que él llama la estructura provisoria del diagnóstico. Esto implica que el diagnóstico no debe ser una sentencia fija, sino una herramienta flexible, sujeta a transformación, que acompaña procesos y no los clausura.

Entonces, luego de desarrollar diferentes perspectivas, es necesario considerar que la práctica fonoaudiológica no solo debe centrarse en el aspecto lingüístico del juego, sino también en su dimensión emocional y relacional. Al abordar estas dimensiones el profesional de la fonoaudiología puede comprender como estos aspectos influyen en la conquista del lenguaje. Sin embargo, el adulto también cumple un rol importante en la relación entre juego y lenguaje, actuando como mediador en el desarrollo comunicativo del niño/a. Desde la perspectiva de Bruner (1998), la intervención del adulto a través del andamiaje lingüístico facilita la expansión de las capacidades expresivas y comprensivas del niño/a. Más allá de modelar el lenguaje y enriquecer sus producciones, la presencia de un otro que acompaña y sostiene el juego permite que la interacción adquiera sentido. La forma en que el adulto participa en el juego determina la calidad de estos encuentros, favoreciendo la construcción de significados compartidos y la emergencia de nuevas formas de comunicación. Puedo interpretar entonces, que el juego representa un espacio fundamental que las personas adultas debemos propiciar y cuidar, como una forma de preservar la infancia frente a miradas que tienden a reducirla a categorías o etiquetas que dificultan su despliegue singular.

Desde mi perspectiva, este enfoque permite a las y los profesionales acceder a una comprensión más profunda del mundo interno del niño/a, favoreciendo no solo el diagnóstico, sino también el establecimiento de un vínculo terapéutico significativo. Un aspecto crucial que se desprende de este análisis es la importancia del otro/a en el proceso de juego, ya sea el profesional o los vínculos parentales. Este otro actúa como facilitador, promotor del lenguaje y modelo de la lengua, transformando el juego en una experiencia enriquecedora. No se limita a observar o dirigir, sino que propicia la comunicación, brinda un feedback y crea un entorno seguro y autónomo donde el niño/a se siente habilitado para explorar su potencial, escuchado y comprendido. La interacción entre el niño/a y el adulto, entonces, puede favorecer la emergencia del lenguaje, mejorar las habilidades sociales y posibilitar la expresión emocional. En este sentido, el juego no solo constituye una herramienta valiosa para la evaluación y el diagnóstico en el ámbito clínico y fonoaudiológico, sino que se revela como un espacio vital para el desarrollo integral. Jugar es, ante todo, una forma de estar con el otro, de habilitar lo espontáneo en el vínculo terapéutico y permitir que lo singular emerja sin necesidad de ser encasillado.

Por lo tanto, reconocer el juego como un lenguaje en sí mismo abre una vía hacia la comprensión y la intervención significativa. No se trata de buscar lo que falta, sino de acompañar aquello que ya está presente, para que pueda desplegarse, transformarse y hacerse lenguaje.

Capítulo 4: Diagnósticos e intervenciones subjetivantes en el campo de la fonoaudiología.

La fonoaudiología cumple un papel fundamental en la intervención de niños/as con dificultades en la construcción del lenguaje, especialmente cuando han sido diagnosticados en edades tempranas. Sin embargo, es crucial reflexionar sobre cómo intervenir sin caer en una patologización excesiva que limite la experiencia comunicativa del niño/a y lo encasille en un diagnóstico nomenclador.

En lo personal, considero que el uso generalizado del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM), como sistema de clasificación diagnóstica se sustenta en una observación dirigida, centrada en acreditar la presencia de signos y síntomas a través de instrumentos estandarizados de evaluación. Con ello, se relega la autoobservación reflexiva del profesional. Además, el método de diagnóstico precoz, presentado como una forma de prevenir trastornos futuros, recurre a pruebas estandarizadas que etiquetan al niño/a de manera prematura y generan angustia en la familia, sin considerar que el desarrollo madurativo no es lineal y que está profundamente atravesado por factores emocionales, sociales, culturales y económicos.

Silvia Morici (2018) aporta una visión compleja del desarrollo, en la que interactúan factores endógenos y exógenos, y advierte que los diagnósticos normativos tienden a homologar la estructura psíquica del niño/a, simplificando su trama singular. Asimismo, el énfasis en una línea cronológica rígida de hitos como, el sostén cefálico, la marcha, el lenguaje, entre otros; menoscaba el papel del otro como mediador, imprescindible para que esas capacidades se desplieguen auténticamente.

Entiendo que este enfoque resulta problemático porque reduce el desarrollo infantil a respuestas restrictivas, pasivas y puntualizadas, dejando de lado la importancia de la familia, la cultura, el entorno y las marcas de épocas. En lugar de acompañar la diversidad de trayectorias, el dispositivo diagnóstico prescriptivo puede encasillar al niño/a y limitar el desarrollo. Cabe preguntarse entonces ¿Hasta qué punto un diagnóstico precoz condiciona la identidad del niño/a y su relación con el entorno? Dicha pregunta invita a reflexionar sobre la responsabilidad de los profesionales en la construcción de subjetividades y en la promoción de un desarrollo comunicativo que no esté mediado por etiquetas limitantes.

Desde el ámbito clínico fonoaudiológico, Yanina Romani (2024) sostiene que el abordaje fonoaudiológico debe trascender el modelo clínico tradicional y enfocarse en estrategias comunicativas naturales, respetando la singularidad y el contexto del niño/a. Desde esta perspectiva, la intervención debe basarse en el juego, en la interacción y en el fortalecimiento del vínculo con su entorno, evitando enfoques estrictamente correctivos. Por lo tanto, la autora define a las intervenciones en la primera infancia como:

“Tempranas: se producen en tiempos de advenimiento del sujeto. Oportunas: posibilitan transformar sentidos en lugar de coagular destinos. Aluden al momento en que el terapeuta considera oportuno, esto es, que el niño esté en el tiempo en que dicha intervención sea eficaz, eficacia que por lo general solo se podrá constatar (o no) a posteriori. Subjetivantes: no reducen al niño a un objeto a investigar, sino que se orientan a la creación de un espacio singular que posibilite el despliegue de su subjetividad. Constructivas: apuntan a construir con el niño juego, cuerpo, lenguaje a partir de lo que él presenta, de los detalles que lo hacen único”. (p.97)

En su libro propone que la clínica de la primera infancia se debe concebir como una escena en la que intervienen junto al niño/a sus otros de crianza, padres, cuidadores, docentes, el propio terapeuta y, eventualmente, otros profesionales e instituciones. Este marco colectivo y situado reconoce que el diagnóstico no ocurre en el vacío, sino que está imbricado en una época, una cultura y un entramado de vínculos que condicionan tanto su orientación como sus posibilidades de intervención. Para construir un diagnóstico verdaderamente singular, la autora enfatiza primero en la interpretación, la mirada y escucha atenta de los padres o cuidadores durante las primeras entrevistas, no como un mero inventario de datos, sino como un espacio de narración donde emerge lo que ellos piensan, sienten y recuerdan acerca de su hijo/a. Segundo, la observación directa del niño/a, sus gestos, producciones verbales o no verbales, sus modos de acción y de vincularse. De este modo, el diagnóstico se teje en el cruce entre lo dicho y lo mostrado, entre la historia familiar y la escena clínica, y no en la aplicación de listas de verificación ajenas a la experiencia real de la familia. Sin embargo, también subraya que el terapeuta debe asumir una posición de escucha sin mandatos ni certezas preconcebidas, invitando a los adultos a construir paso a paso la historia de su hijo/a y sus propias vivencias. Cuando los padres no disponen de relatos claros o atraviesan recuerdos dolorosos, el profesional

acompaña activamente la elaboración de ese relato, cuidando los tiempos y respetando la fragilidad de cada quien. Al mismo tiempo le otorga gran importancia al contexto y a las marcas de época como elementos fundamentales para pensar la clínica actual. Estas marcas hacen referencia a las condiciones sociales, culturales y económicas que atraviesan la vida cotidiana y afectan profundamente las subjetividades y la construcción de lazos con los niños/as. En la actualidad, el neoliberalismo, la hiperconectividad y el uso excesivo de dispositivos tecnológicos configuran un escenario donde se debilitan los vínculos, los encuentros dialógicos y se dificulta la disponibilidad afectiva. Estas condiciones generan un vaciamiento de la experiencia singular de la crianza, afectando la constitución subjetiva de niño/as y la posibilidad de establecer relaciones significativas.

Desde esta mirada, me resulta clave reconocer el valor de la incertidumbre en el diagnóstico clínico, no contar con todas las respuestas de antemano abre un espacio necesario para la exploración y el sentido, y evita que cerremos el recorrido de la palabra en etiquetas prematuras. En tiempos marcados por la inmediatez y tecnologías de la vida cotidiana, las marcas de época empujan hacia prácticas cada vez más protocolizadas, donde se busca clasificar al niño/a rápidamente para intervenir sin demoras. Pero esas urgencias no siempre responden a las necesidades del sujeto, sino a demandas del sistema. En esa misma línea, la co-construcción del relato con los padres no es mera recolección de datos, sino un acto reparador, al permitirles narrar sin guiones prefijados, es posible convertir su dolor y sus dudas en material terapéutico compartido, donde la palabra encuentra nuevas formas de nombrar la experiencia. Solo así, caminando junto al niño/a y sus otros de crianza, transformaremos el diagnóstico en un acto ético, creativo y genuinamente centrado en la singularidad de cada sujeto, resistiendo las lógicas normalizadoras que impone nuestra época.

Al mismo tiempo, Romani (2024) sostiene que el diagnóstico en la primera infancia se construye a partir de observables clínicos teniendo en cuenta cuatro ejes fundamentales:

1. El armado del lenguaje: se observa si existe intención comunicativa, cuál es la forma de expresión predominante, cómo se posiciona el niño/a en el intercambio dialógico, si su discurso resulta comprensible y si, a su vez, demuestra comprensión frente a los mensajes del otro.

2. El armado del cuerpo: se considera el cuerpo como parte fundamental de la comunicación y expresión. Se observa cómo el mismo cobra existencia en la interacción con el entorno, a través del contacto, los sabores, la mirada, la escucha, la prosodia de la voz, la actitud postural, las praxias, el rostro, entre otros aspectos.
3. El modo de tratamiento de los objetos y juego: se analiza la forma en que el niño explora, manipula o rechaza objetos, lo cual permite leer aspectos de su mundo erógeno, sus tensiones internas y su modalidad de relación. La postura, los desplazamientos, y la manera en que recibe caricias se vuelven claves comprender como construye un espacio relacional propio.
4. El lazo con otro: Se indaga si el niño/a puede ingresar solo al espacio terapéutico o necesita hacerlo acompañado por un adulto significativo. También se observa si registra la presencia del terapeuta, si puede establecer un vínculo o si tiende a evitar el contacto con personas ajenas a su entorno familiar.

A su vez, enfatiza que los observables clínicos junto al discurso de quienes ejercen las funciones parentales permiten construir hipótesis diagnósticas y estrategias terapéuticas. Para lograr intervenciones subjetivantes es necesario realizar intervenciones con los padres, no como meros consejos, sino para dar voz a sus perspectivas. Se trata de un trabajo que permita a los padres sentirse escuchados y acompañados, más allá de los marcos clínicos tradicionales. En paralelo, sostiene que las intervenciones con el niño/a implican ofrecer la palabra y la escucha desde una situación dialógica, a menudo a través del juego. Este debe ser el eje central, tanto en casa como en la institución. El terapeuta debe dejarse sorprender y adaptarse a las limitaciones y potencias del niño/a, utilizando múltiples recursos como objetos, canciones, palabras, materiales, entre otros.

Esta propuesta me interpela profundamente en mi rol como futura profesional. Me invita a salir del lugar del saber cerrado para habitar una posición más abierta, sensible y comprometida con la singularidad de cada niño/a y su entorno. Pensar el diagnóstico no como una etiqueta definitiva, sino como una construcción dinámica que se entreteje en la escucha y el vínculo, me parece una forma más ética y amorosa de ejercer la clínica. También me recuerda que el juego, el cuerpo y la relación con el otro son dimensiones imprescindibles para entender y acompañar el lenguaje en sus múltiples formas, y que el trabajo con las familias no puede reducirse a una

devolución técnica, sino que debe habilitar un espacio de encuentro real. En este camino, el desafío no es solo intervenir, sino también dejarnos transformar por cada encuentro.

Siguiendo la misma línea, la fonoaudióloga Melina Bonito (2023) nos invita a pensar el quehacer fonoaudiológico desde una perspectiva que rompe con moldes rígidos y se enraíza en una ética del cuidado, de la escucha y de la singularidad. La autora pone el foco en la construcción artesanal de cada intervención, entendiendo que no hay técnica que pueda preceder al encuentro. Lo terapéutico, lejos de formularse como un protocolo cerrado, se abre como un proceso creativo que se construye en la interacción entre el profesional, el niño/a, y su familia. Uno de los aspectos más llamativos del texto es la crítica implícita a las prácticas homogéneas y despersonalizadas. Señala que cada terapeuta forja su propuesta desde su historia, sus vivencias, su formación y su sensibilidad. La mirada integral del ser humano que plantea la autora, influenciada por la antroposofía, tensiona fuertemente los enfoques reduccionistas. El desarrollo infantil no se concibe aquí como una sucesión de hitos normativos, sino como una expresión singular de una totalidad en interacción permanente con su entorno afectivo, familiar y social. Esta visión sistémica se opone a cualquier forma de abordaje que separe al niño/a del contexto que lo aloja, y propone comprender el síntoma no como un déficit a erradicar, sino como un mensaje a decodificar desde una lectura sensible y situada. El rol de la familia ocupa un lugar central, no como receptora pasiva de indicaciones, sino como parte activa del proceso terapéutico.

Al mismo tiempo encontramos valiosos aportes de Fernanda Felice (2019) a la praxis clínica fonoaudiológica, la autora subraya la necesidad de atender la singularidad del sujeto en el abordaje clínico, evitando términos estigmatizantes y comprendiendo al lenguaje como un sistema simbólico propio, que se constituye en la apropiación de la lengua materna. Propone describir las particularidades del lenguaje infantil en su uso para comunicar, organizar el pensamiento y construir sentido. También remarca la importancia de considerar el contexto familiar, social y cultural del niño/a en el proceso diagnóstico. En lugar de dar respuestas cerradas, propone sostener un espacio abierto a las preguntas, donde el relato compartido entre profesionales y familias se convierte en una vía para reconfigurar sentidos y promover una clínica éticamente comprometida con la singularidad de cada niño/a.

Además, critica las descripciones negativas centradas en el déficit, sugiriendo el uso de términos como aún o todavía, que den cuenta del proceso de desarrollo. Finalmente, plantea la

importancia de señalar los factores contextuales que inciden en las trayectorias del lenguaje, y llama a justificar cuidadosamente las decisiones clínicas, como las interconsultas.

A partir de lo desarrollado, me encontré revisando mis propias certezas, preguntándome ¿qué tanto espacio le doy a mi intuición, a mi creatividad, a mi manera singular de estar con el otro? Reconocer que lo sensible también forma parte del saber profesional resultó una experiencia esclarecedora, especialmente en un campo donde predomina la exigencia de encajar en modelos estandarizados. Al mismo tiempo, este enfoque nos interpela como profesionales: ¿Qué lugar le damos a nuestra subjetividad en el diseño de nuestras intervenciones? ¿Estamos realmente dispuestos a revisar nuestras propias seguridades y abrimos a lo incierto que puede surgir en el encuentro clínico? ¿Podemos permitirnos desarmar certezas rígidas para habilitar espacios más genuinos de escucha y creación junto al otro? En lo personal, este recorrido teórico y clínico me recordó que, detrás de cada etiqueta diagnóstica, hay un niño/a que espera ser mirado más allá de sus dificultades, y unos padres que desean comprender y sostener. Acompañar desde una escucha viva implica estar disponibles para dejarnos afectar, desarmar esquemas y construir sentidos junto al otro. Creo que solo desde ahí, desde esa ética de la presencia, es posible que el lenguaje no solo emerja, sino que se habite. Al mismo tiempo, me conmueve la noción de que cada niño/a es un proceso en movimiento, un lenguaje en construcción, y que nuestro rol no debería ser el de señalar lo que aún no fue alcanzado, sino el de acompañar lo que está en tránsito. Hablar de sus potencialidades y no de sus carencias me desafía a revisar mis propias formas de nombrar, de mirar y de intervenir.

Por lo tanto, puedo reflexionar que el éxito de este enfoque radica en el posicionamiento del terapeuta para equilibrar la receptividad y la contención, la reflexión, y la ética profesional. Se trata de un arte delicado que demanda una profunda autoconciencia y compromiso con el bienestar del niño/a y de su familia, reconociendo que el camino hacia el bienestar es un proceso colaborativo y único para cada individuo.

En conclusión, la fonoaudiología debe avanzar hacia una mirada más inclusiva, flexible y centrada en la singularidad del niño/a, evitando intervenciones excesivamente normativas que limiten su potencial comunicativo. Un abordaje integral, basado en la interacción dialógica, el juego y la mediación, permitirá que cada niño/a construya su lenguaje respetando sus propios tiempos, ritmos y necesidades. En este camino, resulta fundamental establecer un diálogo constante con las familias, reconociéndolas como agentes principales en los procesos de

acompañamiento. Escuchar sus experiencias, inquietudes y saberes no solo enriquece la práctica clínica, sino que también fortalece la construcción conjunta de estrategias que contemplen el entramado afectivo, subjetivo y contextual en el que el niño/a se desarrolla.

Conclusiones, interpretaciones y discusiones:

A lo largo de este recorrido, me encontré interrogando muchas de las certezas con las que solemos aproximarnos al trabajo clínico con niños y niñas. Detenerse a pensar los diagnósticos, los modos de intervención y los sentidos que les damos a nuestras prácticas no es un gesto menor, es un acto profundamente ético, que implica no solo un posicionamiento profesional, sino también humano.

Comprendí que el diagnóstico cuando se lo aborda de forma rígida, desde parámetros predefinidos y ajenos a la historia singular del niño/a, corre el riesgo de convertirse en una etiqueta que inmoviliza. En cambio, cuando se lo piensa como una construcción situada, abierta al diálogo, a la escucha y a los matices de cada recorrido subjetivo, puede transformarse en una herramienta potente para acompañar procesos, más que para definirlos. Durante este proceso, fui reconociendo que el lenguaje no se desarrolla en el vacío, ni de manera aislada, sino que se construye en relación con otros. La comunicación aparece mucho antes que la palabra, y es en ese entramado de miradas, gestos, ritmos y afectos donde se empieza a tejer el mundo simbólico. Por eso, no alcanza con observar qué dice o no dice un niño/a, es necesario preguntarse ¿En qué contextos? ¿Con quiénes? ¿Bajo qué condiciones emocionales y vinculares ese lenguaje está intentando emerger? La palabra no nace sola, nace con otros, y es desde esa certeza que tienen que orientarse las intervenciones.

En este marco, el juego se volvió una clave de lectura imprescindible. Entendí que jugar no es una actividad secundaria o recreativa, sino una forma profunda de estar en el mundo interno de cada niño/a. Es a través del juego que el niño/a explora, repite, transforma y crea. En el juego no hay exigencias de corrección ni presión por rendimientos, hay posibilidad, hay ensayo, hay encuentro. Y es justamente en ese espacio donde muchas veces aparece lo que no podía decirse de otro modo. Como futura fonoaudióloga, eso me interpela directamente: ¿Desde dónde me acerco al niño/a? ¿Qué lugar ocupo en ese juego? ¿Estoy habilitando el despliegue de su voz o intentando ajustarlo a una forma que considero válida? También pude revisar la concepción que tenemos y entendemos de la intervención profesional. Muchas veces, las intervenciones se presentan como respuestas técnicas a problemas definidos, cuando en realidad deberían ser acompañamientos sensibles frente a procesos complejos y diversos. Acompañar no es corregir, no es completar una falta, sino estar presente en el recorrido de un niño/a que se está

constituyendo como sujeto hablante, escuchante y pensante. Y para eso, hay que aprender a sostener la incertidumbre, a no apresurarse y a tolerar lo que no se ajusta a lo que nos enseñaron o impusieron como normalidad. Es poder reconocer que lo diverso, aquello que sale de los moldes, no es necesariamente un déficit, sino una forma legítima de habitar el desarrollo. Otro aspecto que resultó central en esta reflexión es el vínculo con las familias, escuchar a quienes cuidan, nombran, contienen y acompañan cotidianamente al niño/a es una clave esencial para comprender su historia y su proceso subjetivo. No se trata solo de recoger datos o antecedentes, sino de abrir un espacio donde también ellos puedan narrar, revisar sus propios recorridos y encontrar nuevas formas de acompañar. Cuando el encuentro clínico logra incluir esa dimensión, se vuelve más genuino, más potente y más real.

Finalizar este trabajo no significa cerrar interrogantes, sino más bien abrir nuevos. Dichas preguntas que me invitan a seguir pensando mi práctica desde un lugar más ético, más respetuoso y más sensible a la singularidad de cada niño/a. Porque si hay algo que este recorrido me ha dejado claro, es que no se trata de encontrar lo que falta, sino de descubrir junto al otro/a todo lo que ya está, lo que intenta decirse, y todavía no ha encontrado cómo.

Bibliografía:

American Psychiatric Association. (1980). DSM-III-R: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (3.^a ed.). Masson.

American Psychiatric Association. (1994). DSM-IV: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (4.^a ed.). Masson.

American Psychiatric Association. (2013). DSM-5: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (5.^a ed.). Editorial Médica Panamericana.

Aulagnier, P. (1977). La violencia en la interpretación, del pictograma al enunciado. Amorrortu.

Azcoaga, J. (1979). Los retardos del lenguaje en el niño. Paidós.

Bonito, M. (2023). Abordaje integral de la fonoaudiología: hacia la construcción de una propuesta terapéutica viva. En Campra, M. C e Isaias, A. C. (Comp). Fonoaudiología: el cuidado de la comunicación humana en diversos contextos de intervención. (1.^a ed). Laborde Editor.

Bruner, J. (1998). Acción, pensamiento y lenguaje. Alianza editorial.

Efron, A. M., & colaboradores. (1987). La hora de juego diagnóstica. En Siquier de Ocampo, M. (Comp.), Las técnicas proyectivas y el proceso diagnóstico. Ediciones Nueva Visión.

Felice, F. (2019). El tiempo de ser niñas y niños. Laborde Editor.

Felice, F., Francesconi, L., Crespi, F., Molina, S. (2023). La clínica del aprendizaje escolar en tiempos de infancia y adolescencia. [Presentación Multimedia]. Universidad Nacional de Rosario. Facultad de Ciencias Médicas. Escuela de Fonoaudiología.

Fernández, M. (2023). ADOS- 2. Aplicación y análisis. Neuroclass. <https://www.neuroclass.com/wp-content/uploads/2023/11/Manual-ADOS-2.pdf>

Freud, S. (1990). Más allá del principio del placer. Obras Completas, tomo XVIII. Amorrortu. (trabajo original publicado en 1920).

Jakobson, R. (1985). Lingüística y poética. Ediciones Cátedra.

Kerbrat Orecchioni, C. (1997). La enunciación de la subjetividad en el lenguaje. Edicial S.A.

- Levin, E. (2019). La dimensión desconocida de la infancia: el juego en el diagnóstico. Noveduc.
- Levin, J. (2002). Tramas del lenguaje infantil: una perspectiva clínica. Lugar Editorial.
- Morici, S., et al. (2018). Diagnósticos y clasificaciones en la infancia: herramientas para abordar la clínica. Ilusiones y desilusiones en las prácticas. Noveduc.
- Piaget, J. (2018). Seis estudios de psicología. Siglo veintiuno ediciones.
- Rodulfo, R. (1989). El niño y el significante: un estudio sobre las funciones del jugar en la constitución temprana. Paidós.
- Romani, Y. (2021). “Fonoaudiólogos/as del siglo XXI: hacia una práctica profesional humanizada. En Campra, M. C e Isaias, A. C. (Comp). Intervenciones y prácticas posibles. (1.^a ed). Fervil Impresos.
- Romani, Y. (2021). El encuentro dialógico niño-otro primordial como escena fundante de la apropiación de la lengua y construcción del lenguaje. En Maschio, A. Romani, Y Carletti, I. (Comp). Sobre afectos y efectos en infancias y adolescencias. Una apuesta al porvenir. Laborde Editor.
- Romani, Y. (2023). Ejes fundamentales en la clínica del lenguaje con niños/as. En Campra, M. C e Isaias, A. C. (Comp). Fonoaudiología: el cuidado de la comunicación humana en diversos contextos de intervención. (1.^a ed.). Laborde Editor.
- Romani, Y. (2024). Clínica del lenguaje con niño/as pequeños/as: relato de una práctica amorosa. En Kremenchuzky, J. R., et al. (Comp.), Desarrollo infantil: cuando todo está en juego. Entreideas.
- Romani, Y. (2024). Clínica de los obstáculos en la comunicación y el lenguaje en la primera infancia. Una perspectiva subjetivante. La ternura como camino posible. Laborde Editor.
- Siguan Soler, M. (1977). De la comunicación gestual al lenguaje verbal, en la génesis del lenguaje. Su aprendizaje y desarrollo. Simposio de la asociación Científica Francesa.
- Spitz, R. (1969). El primer año de vida del niño. Fondo de cultura económica.
- Stern, D. (1983). La primera relación madre-hijo. Morata.

Untoiglich, G., et al. (2013). En la infancia los diagnósticos se escriben con lápiz. La patologización de las diferencias en la clínica y la educación. Noveduc.

Vygotsky, L. S. (1964). Pensamiento y lenguaje. La pléyade.

Wiing, E. H., Semel, E., & Second, W. A. (2013). CELF 5. Evaluación Clínica de los Fundamentos del Lenguaje. (5.^a ed.). Pearson.

Winnicott, D. W. (1971). Realidad y juego. Gedisa Editorial.