

## CLASIFICACION DE LOS TRASTORNOS DEL LENGUAJE EN EL NIÑO.

### 1. DEFECTOS ESTRUCTURALES O SENSORIOMOTORES DEL APARATO DEL HABLA.

Generalmente, bajo el encabezamiento de trastornos del habla, en su más amplio sentido, se sitúa todo problema que surge de un daño de las funciones motoras de los órganos vocales -trastornos en la anatomía, fisiología o neurología de los sistemas relacionados.

Esta categoría incluye **anormalidades estructurales congénitas o adquiridas** (por ejemplo, fisura palatina, paladar ojival, labio leporino, frenillo labial superior, frenillo lingual, malformaciones linguales, atresia mandibular etc.), **trastornos neuromotores** (por ejemplo, las disartrias o parálisis de la lengua, parálisis facial...) y **enfermedades que temporalmente afectan el aparato del habla** (por ejemplo, la laringitis o la disfonía). Incluye lo que algunos llaman disglosias (alteraciones en la articulación producida por anomalías en los órganos articulatorios de causa orgánica o adquirida) y las disartrias. La disartria se refiere a una serie de trastornos motores del habla que surge como resultado de un daño del sistema nervioso y que se manifiesta por alteraciones en el control muscular de los mecanismos del habla. Se asocia a debilidad, espasticidad o incoordinación de la musculatura del habla. Puede incluir, además de la articulación, los elementos suprasegmentales del habla (entonación, ritmo, acentuación..) y pueden alterarse otras actividades en las que intervienen los órganos vocales, como mascar, tragar, sonreír, toser, o estornudar. Puede, por lo tanto, verse afectado cualquier aspecto de la producción, dependiendo de donde ocurra la lesión. Puede encontrarse asociada a cuadros de parálisis cerebral y también en la enfermedad de Parkisón. La disfonía hace referencia a alteraciones de la voz, en cualquiera de sus cualidades - tono, timbre, intensidad - debido a alteraciones orgánicas o funcionales.

A menos que existan otros déficits asociados, este grupo de trastornos afectan solamente a la articulación del habla y/o a su transmisión a través del sonido; puede incluir, por tanto, trastornos de articulación, de fluidez y de la producción de la voz.

Algunos autores (Ver por ejemplo la clasificación de Cl. Chevrie-Muller y J. Narbona) integran este grupo de déficits dentro de la categoría Déficit de los "instrumentos de base" en las que incluyen los déficit anatómicos, los trastornos neuromotores que afectan al orden y control de la motricidad faringobucal y los déficit sensoriales-auditivos.

### 2. TRASTORNOS DEL HABLA DE ORIGEN DESCONOCIDO.

Como más relevantes mencionamos la disfemia o tartamudeo. Algunos autores mencionan dentro de este apartado la apraxia evolutiva, aunque nosotros nos vamos a referir a ella cuando hablemos del grupo (8) como un subgrupo dentro de los TEL.

**La disfemia** es una alteración en el ritmo del habla que básicamente se manifiesta con interrupciones en la fluidez del habla. La producción es interrumpida por una producción anormal de repetición de segmentos, sílabas, palabras o frases, por obstrucciones del flujo de aire, por prolongaciones anormales de segmentos de sonidos o por extraños patrones de entonación y tempo. Se desconoce su causa, podría deberse a una interacción de factores orgánicos y factores ambientales.

**Apraxia evolutiva** del habla se refiere a una disrupción en la capacidad para organizar o planificar la posición de los músculos para hablar y la secuencia en que deben hacerse, sin que se vean afectadas las actividades involuntarias que utilizan la misma musculatura ni existan problemas disártricos. En términos generales la apraxia o dispraxia se refiere a la disrupción de la capacidad para producir una respuesta motora con finalidad y/o para producir movimientos programados y organizados en secuencias definidas, con una finalidad determinada y ejecutados de forma intencional y coordinada. En la dispraxia no se da ninguna anomalía estructural importante del sistema nervioso o de los músculos, tampoco se ven signos evidentes de problemas neurológicos. No suele aparecer aislada y para algunos autores es sólo un síntoma de la disfasia o de la afasia.

### 3. PERDIDA AUDITIVA.

Se incluye en esta categoría las **dificultades de comunicación y del lenguaje secundarias a pérdida auditiva**, tanto congénita como adquirida. Las consecuencias de la pérdida auditiva sobre el desarrollo del lenguaje varían fundamentalmente en función del nivel de audición o, en su defecto, de pérdida auditiva, y de la edad de aparición de la misma. Para el tratamiento será indispensable conocer además el tipo de pérdida en base a la localización de la lesión que causa la sordera.

De forma muy resumida y básica consideraríamos dos grandes categorías atendiendo a la localización de la lesión que causa la sordera: Hipoacusias de transmisión o conductivas (se ve afectada la parte mecánica del oído y corresponden a patologías del oído externo y medio, por ejemplo a causa de otitis o a malformaciones o lesiones del tímpano ) e Hipoacusias de percepción o neurosensoriales (la lesión se localiza en el órgano de Corti o en las vías o centros nerviosos superiores auditivos, pueden tener una causa genética o adquirida ). En razón del momento de aparición del déficit auditivo se habla de hipoacusias prelocutivas (existen desde el nacimiento y/o antes de la aparición normal del lenguaje), perilocutivas (aparecen entre los 2-4 años) y las poslocutivas (aparecen después de que las adquisiciones lingüísticas fundamentales están adquiridas). En razón del grado de intensidad y de afectación de las diferentes frecuencias del espectro auditivo se habla de hipoacusias leves (entre 20 y 40 dB HL; apenas interfiere de forma significativa con el desarrollo del lenguaje aunque se puede dificultar la percepción de algunos fonemas o contrastes fonológicos), hipoacusias medias (entre 40-70 dB HL; en términos generales no se percibe la palabra hablada salvo que sea emitida a una fuerte intensidad), hipoacusias severas (entre 70-90 dB HL; en términos generales no se oye la voz salvo a intensidades muy elevadas), hipoacusias profundas (superior a 90 dB HL).

### 4. DAÑO CEREBRAL O DISFUNCION ADQUIRIDA EN EL PERIODO NEONATAL O PERINATAL .

Se refiere a trastornos o déficits del lenguaje que forman parte de cuadros psicopatológicos. Incluye un gran rango de **anomalías cromosómicas, metabólicas e insultos prenatales o perinatales que causan un daño cerebral o disfunción** y dan como resultado un **retraso o trastorno del desarrollo**. Se incluyen lo que actualmente algunos investigadores o profesionales llaman **disfasias genéticas** o patologías de base genética. Prioritariamente, entre las patologías genéticas con especial afectación del lenguaje más frecuentes nos encontramos: Síndrome de Down, Síndrome de Willians-Beuren o Síndrome de "Cocktail-Party-Like"; Síndrome del cromosoma X-Frágil, Síndrome del Maullido del gato, Síndrome de Cornelia de Lange, Síndrome de Prader-Willi, Síndrome de Angelman. Este subgrupo incluiría también los trastornos generalizados del desarrollo (Autismo infantil, síndrome de Asperger, síndrome de Rett...).

Es imposible generalizar acerca de las características del lenguaje y estos síndromes ya que existe una gran variedad de perfiles lingüísticos y comunicativos tanto a nivel intragrupal como intergrupar. Entre otras cosas el estudio de estas patologías nos revela que la relación entre inteligencia o habilidades cognitivas y lenguaje no está clara. Hace algunos años, se explicaban los desórdenes del lenguaje en el retraso mental por los niveles intelectuales; las investigaciones actuales nos muestran que los patrones de desarrollo del lenguaje en los distintos síndromes no son homogéneos y no se corresponden totalmente con los niveles de desarrollo cognitivo. Parece que la relación entre lenguaje y cognición es recíproca y que algunas funciones lingüísticas podrían desarrollarse o verse alteradas separadamente del funcionamiento lingüístico. Se supone que hay una relación importante entre el perfil genético, las características cognitivas y el curso del desarrollo del lenguaje, pero la relación no es enteramente predecible en los casos individuales. Por tanto los contenidos del proceso de evaluación-intervención del lenguaje deben ajustarse al nivel de desarrollo y características del niño en particular aunque también deben incorporarse parámetros de la etiología o síndrome específico que presenta.

## 5. DAÑO CEREBRAL O DISFUNCION ADQUIRIDA EN LA NIÑEZ.

Se trata de la afasia o afasia adquirida, es decir, un trastorno del lenguaje provocado por una lesión cerebral y caracterizado por un deterioro completo o parcial de la comprensión, formulación y empleo del lenguaje. Excluye los trastornos asociados a déficits sensoriales primarios, déficits motores primarios, retraso mental o desórdenes psiquiátricos. Aunque los problemas lingüísticos son los síntomas primarios, no se excluye la posibilidad de que se den importantes deficiencias en memoria, atención, razonamiento lógicos y otras áreas.

Los efectos de lesiones localizadas en el lenguaje son muy diferentes en niños que en adultos. En los niños los efectos dependen mucho de la edad en que se producen las lesiones. En niños que todavía no han adquirido lenguaje, las lesiones del hemisferio izquierdo típicamente disminuyen la inteligencia global sin causar síntomas afásicos típicos ya que se produce una transferencia funcional al hemisferio derecho. Ambos hemisferios pueden ser capaces de sustentar el lenguaje al principio de la vida, sin que se observen diferencias en los niños con hemiplejías infantiles derechas o izquierdas. Raramente se observa afasia persistente en estos niños excepto cuando las lesiones son bilaterales. En niños que ya han aprendido a hablar cuando se da la lesión en el hemisferio izdo se pueden producir déficits lingüísticos, aunque el tipo de déficit es distinto que el encontrado en adultos (por ejemplo, son poco comunes la jerga y las parafasias). Evidentemente cuanto mayor es el niño menores son las probabilidades de que la afasia se recupere totalmente, en los niños de más de aproximadamente 8 a 12 años y en los adultos, el cambio en la dominancia para el lenguaje es ineficaz, de manera que una lesión masiva en el área izquierda casi siempre resultará en un déficit permanente del lenguaje de severidad variable. Si la lesión se adquiere antes de los 8 años se observa una recuperación aunque persistan los déficits verbales si se realiza una evaluación cuidadosa.

## 6. TRASTORNOS CONDUCTUALES Y EMOCIONALES

Los trastornos emocionales pueden repercutir en la comunicación, pero no pueden explicar por sí mismos un retardo o alteración en el desarrollo del lenguaje. Como consecuencia inmediata de una causa traumática física o psicológica puede aparecer un mutismo psicológico total o selectivo. El mutismo electivo o selectivo es la ausencia o el rechazo persistente a hablar ante determinadas personas o situaciones, sin que exista ninguna alteración de la comprensión del lenguaje ni de la capacidad para expresarse verbalmente. Ante esta alteración conviene descartar del todo posibles déficits articulatorios o del lenguaje que podrían enmascarse detrás del mutismo.

## 7. DEPRIVACION SOCIOCULTURAL.

Se incluyen todos los problemas del lenguaje secundarios a carencias del entorno. La privación física (alimentación, etc.) y la social (estimulación, etc.) suelen darse a la vez. La privación suele acarrear un retraso en todos los aspectos del desarrollo pero especialmente marcado en el desarrollo del lenguaje. Normalmente acarrea un retraso evolutivo. El lenguaje aparece más tarde de lo habitual y evoluciona lentamente. Aunque el pronóstico es positivo, el tratamiento es necesario por las implicaciones en los aprendizajes escolares (lectoescritura fundamentalmente).

Algunas formas de severa privación temprana pueden llegar a afectar el adecuado desarrollo cerebral, por ejemplo, la malnutrición en el útero puede producir microcefalia y retraso intelectual.

## 8. TRASTORNOS DEL DESARROLLO DEL LENGUAJE DE ORIGEN

### DESCONOCIDO : TRASTORNOS ESPECIFICOS DEL DESARROLLO DEL LENGUAJE (TEL)

Las definiciones o descripciones de lo que constituye un trastorno específico del desarrollo del lenguaje son a menudo vagas o imprecisas; a menudo el diagnóstico se hace por exclusión y no por especificidad. Se aplica normalmente cuando:

- Existen anomalías en la adquisición -comprensión o expresión- del lenguaje hablado o escrito. El problema puede implicar a todos, uno o algunos de los componentes (fonológico, morfológico, semántico, pragmático) del sistema lingüístico.. Suelen presentar problemas de procesamiento del lenguaje o de abstracción de la información significativa para almacenamiento y recuperación por la memoria. (ASHA: American Speech-Language-Hearing Association (1980)

- La alteración no puede explicarse por problemas intelectuales, sensoriales o motores primarios, daños neurológicos o médicos evidentes, alteraciones de tipo psicopatológico (trastornos generalizados del desarrollo u otros trastornos mentales) ni privación ambiental. Si hay retraso mental, deficiencias sensoriales, deficiencias motoras del habla o privación ambiental grave, las deficiencias del lenguaje deben exceder de las habituales asociadas a tales problemas para formularse un diagnóstico concurrente de trastorno del desarrollo del lenguaje.

Existen distintas propuestas de clasificación de los trastornos específicos del lenguaje. La clasificación más simple y quizás más ampliamente aceptada distingue dos tipos de trastornos básicos:

- Trastorno del lenguaje expresivo.
- Trastorno mixto del lenguaje receptivo-expresivo.

De las distintas propuestas de clasificación que introducen criterios lingüísticos para intentar describir distintos perfiles o síndromes en los niños con trastornos del desarrollo del lenguaje, nos parece más útil la realizada por Rapin y Allen (1983, 1987); con una revisión de Rapin en 1996, que subdivide o reagrupa la taxonomía original en tres grandes categorías clínicas que indicamos a continuación:

<b>A. Trastornos del lenguaje expresivo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dispraxia verbal * <i>Discrepancias de inclusión por sus implicaciones motoras.</i></li> <li>- Déficit de programación fonológica</li> </ul>
<b>B. Trastornos del lenguaje expresivo y receptivo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Agnosia auditivo-verbal</li> <li>- Déficit fonológico-sintáctico</li> </ul>
<b>C. Trastornos del procesamiento de orden superior</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Déficit léxico-sintáctico.</li> <li>- Déficit semántico-pragmático * <i>Discrepancias de inclusión por su posible relación con los trastornos del espectro autista.</i></li> </ul>

Aunque esta clasificación es una aportación valiosa de cara a las investigaciones sobre los TEL, no queda claro de si no podría existir un solapamiento entre los distintos subgrupos ni si existe estabilidad de los subgrupos a lo largo del tiempo. Es decir un mismo niño podría tener características o problemas de uno o varios tipos y/o podría variar de subgrupo en distintos momentos de su evolución o desarrollo. Es evidente que el propio proceso de desarrollo o adquisición lingüística va marcando diferencias individuales en función de las estrategias compensadoras utilizadas por el sujeto y las características del entorno. También parece que los estudios para describir a los distintos subgrupos, fundamentalmente en relación a las distintas dimensiones lingüísticas y comunicativas, han sido escasos o poco fiables por lo que carecemos de criterios de inclusión claros. La inclusión en uno u otro grupo puede venir determinada por el tipo de instrumentos utilizados en la evaluación (muestra de lenguaje espontáneo versus pruebas estandarizadas, por ejemplo) Teniendo en cuenta estos inconvenientes, hay que destacar sin embargo la importancia de tener en cuenta el carácter diverso y heterogéneo de los distintos cuadros y/o perfiles lingüísticos encuadrables dentro de un diagnóstico de TEL, así como la necesidad de fomentar el análisis y descripción de los perfiles lingüísticos individuales como elementos de referencia para identificar las distintas formas de TEL.