

DESCRIPCION Y DIAGNOSTICO

1.1. Concepto e identificación:

- Determinación de términos (diversidad terminológica)
- Definición.
- Delimitaciones y puntos de polémica.
- Conclusiones.

1.2. Clasificación y descripción diagnóstica.

1.3. Diagnóstico diferencial/diagnóstico concurrente.

1.4. Prevalencia y aspectos neurológicos.

I. DESCRIPCION Y DIAGNOSTICO

1.1. CONCEPTO E IDENTIFICACIÓN

➤ **Determinación de términos (diversidad terminológica)**

El término de Trastorno Específico del Lenguaje (TEL) o de Trastorno Específico del Desarrollo del lenguaje (TEDL) ha ido arrinconando el término de “disfasia” o “afasia del desarrollo” que provocaba numerosos problemas de validez y consenso entre los distintos profesionales e investigadores.

Problemas relativos a:

- *La etimología de la palabra: afasia/ausencia de capacidad lingüística - disfasia/alteración de la capacidad lingüística.*
- *La posible confusión y/o comparación indebida con los cuadros clínicos de la afasia o trastornos adquiridos y, a su vez, con los modelos médicos derivados de estudios de afasia en adultos.*
- *La falta de validez empírica de la categoría diagnóstica “disfasia” y/o la inexistencia de una caracterización global unívoca. La población con TEDL es un grupo muy heterogéneo con un conglomerado variado de perfiles lingüísticos y cuadros conductuales que seguramente constituirán distintas subcategorías con factores causales diferentes y, por supuesto, diferentes, pronósticos y necesidades terapéuticas. La etiqueta diagnóstica de TEDL subraya mejor la heterogeneidad intergrupala.*
- *La ausencia de una definición conductual consensuada y/o aceptada por todos los profesionales, fundamentalmente en relación a los límites y contenidos de las categorías diagnósticas incluidas en el término. Existen controversias con respecto al grado de severidad de los posibles cuadros “disfásicos” y con el perfil lingüístico característico o prototípico del cuadro o cuadros con TEDL.*

➤ **La definición** más consensuada de TEDL (Rapin y cols 1992, American Psychiatric Association 1995, American Speech Language Hearing Association, 1982) incluye los siguientes criterios:

1. Existencia de un déficit o alteración en el desarrollo de la comprensión o expresión del lenguaje, viéndose afectada la capacidad del sujeto para comprender y/o emplear cualquier aspecto del lenguaje.
2. El problema puede afectar a todos, uno o algunos de los componentes del sistema lingüístico (fonología, morfosintaxis, semántica y/o pragmática), reconociéndose por tanto el carácter heterogéneo de los perfiles lingüísticos de los niños con TEDL y la posible existencia de distintos subgrupos o categorías clínicas. Dada esta heterogeneidad y la escasez de investigaciones controladas, se fomenta el análisis y descripción de los perfiles lingüísticos individuales como elementos de referencia para identificar las distintas formas de TEDL. La ASHA especifica que además "suelen presentar problemas de procesamiento del lenguaje o de abstracción de la información significativa para almacenamiento y recuperación por la memoria.
3. La alteración no puede explicarse por problemas intelectuales o factores ambientales, anomalías de los mecanismos sensoriomotores o estructurales del aparato del habla, deterioros sensoriales, ni por trastornos generalizados del desarrollo u otros trastornos del desarrollo infantil, ni por lesiones o disfunciones neurológicas evidentes. (Se excluyen por supuesto los trastornos adquiridos o afasias).
4. Comienzo en la infancia o en estadios tempranos del desarrollo

➤ **Delimitaciones y puntos de polémica:**

La identificación de los TEDL en base a la existencia de una alteración o déficit del lenguaje aunque es en términos generales consensuada, ofrece distintas interpretaciones según se asuman o barajen distintos criterios diagnósticos. La definición del TEL puede incluir matices con respecto a los siguientes aspectos:

- A. Severidad
- B. Pronóstico
- C. Desviación
- D. Perfil lingüístico
- E. Diagnóstico diferencial/diagnóstico concurrente

A. Grado de variación/severidad con respecto al desarrollo normal. En la población normal infantil existen unas variaciones consideradas normales en relación a las pautas de adquisición del lenguaje. Es evidente que la delimitación de los TEL exige que haya un cierto grado de retraso o variación significativa con respecto al desarrollo normal a la hora de aprender a hablar, comprender o emplear cualquier aspecto del lenguaje pero existen controversias a la hora de marcar unos criterios claros y

operativos. Aunque algunas definiciones de TELD han incluido como criterio diagnóstico el que existiera un retraso de carácter severo en la adquisición del lenguaje, actualmente hay un gran consenso en **incluir dentro del TEDL cualquier tipo de severidad (desde leve a profunda)**. Es indudable que existen numerosos problemas metodológicos y empíricos para determinar en muchos casos el grado de severidad (limitaciones en los instrumentos de medida, variaciones con la edad, etc.), además hay cada vez más evidencia empírica que indica que niños con menor grado de retraso pueden tener secuelas de un trastorno significativo y de que sin duda necesitan también intervención del lenguaje. En relación a la controversia acerca de la determinación de criterios de gravedad o de diagnóstico, principalmente, se han definido criterios en base a la edad cronológica o mental (entre los más generalizados se menciona: 12-24 meses de diferencia entre edad lingüística global y edad cronológica o mental) y en función de los resultados de pruebas psicométricas (1.5 - 2 desviaciones típicas entre el CI verbal y el manipulativo, o puntuaciones en pruebas verbales por debajo del percentil 10 - CI verbal por debajo de 80), sin embargo la mayoría de los profesionales coinciden en que estos criterios no son operativos, ni tienen un soporte empírico suficiente.

Entre otros, los criterios de gravedad o de discrepancia evolutiva que distintos autores han mencionado son básicamente los siguientes:

- Diferencias de al menos dos desviaciones típicas entre el CI verbal y el CI manipulativo (suelen considerarse diferencias de entre 12-15 ó más puntos entre el CI verbal y el manipulativo).
- Puntuaciones en test de lenguaje o inteligencia verbal por debajo del percentil 10, o por debajo de una puntuación estándar de 80.
- Entre un año ó dos de diferencia, como mínimo, entre edad mental o cronológica y edad de lenguaje (ó 50% por debajo de expectativas). Algunos autores indican que en relación al lenguaje receptivo son ya significativas diferencias de 6 meses. Los criterios de discrepancia más comúnmente apuntados incluyen: a) Al menos 12 meses de diferencia entre EM o EC y edad de lenguaje expresivo (ELE); b) al menos 6 meses de diferencia entre EM o EC y edad del lenguaje receptivo (ELR); c) al menos 12 meses de diferencia entre EM o EC y una puntuación de edad lingüística compuesta.
- Evidencia de retraso en la adquisición del lenguaje expresivo manifestado por la ausencia de palabras aisladas a los 24 meses, o el empleo de menos de 50-100 palabras entre los 30-36 meses y/o ausencia de emisiones de al menos dos elementos entre los 33-36 meses (para otros emisiones de un elemento a los 3 años y de dos elementos a los 4 años). Posible retraso o dificultades en el desarrollo de la comprensión del lenguaje con un fracaso para responder a nombres de objetos familiares entre los 12 – 18 meses de vida y a instrucciones simples a los 2 años.

Para algunos autores, con los que no estamos precisamente de acuerdo, habría que mantener la antigua diferencia entre retraso simple del lenguaje (RL) y trastorno del lenguaje (TEL). Mencionan como criterio básico diferencial el grado de severidad (el retraso implicaría un año o año y medio de discrepancia y la disfasia cuando la discrepancia es mayor) con un patrón evolutivo marcado por la aparición de primeras palabras después o alrededor de los 24 meses y las primeras combinaciones hacia los 36 meses en el caso del RL, frente a los 30-36 meses para las primeras palabras y los 48 para las primeras combinaciones en el caso de los TEL. También mencionan el criterio de evolución o pronóstico y de especificidad del perfil lingüístico que luego comentaremos. Aunque es evidente que existen diferencias significativas en el grado de afectación y en el pronóstico de algunos niños con TEL, encontrándonos con casos

leves de buena evolución y/o con una recuperación que les acerca a la normalidad, dado el actual estado de conocimientos y la necesidad o beneficios de incluir a todos los niños en terapia del lenguaje no vemos acertado la utilización de dos etiquetas diagnósticas diferentes. Actualmente se investiga más acerca de los llamados “hablantes tardíos”, niños que produce menos de 50 palabras y/o emite pocas combinaciones de palabras a la edad de 24 meses pero con una evolución aparentemente buena antes de los 30 meses. Luego hablaremos de estos casos que quedarían claros para el diagnóstico sólo a partir de los 30-33 meses de edad.

Las distintas propuestas para definir los criterios de severidad-discrepancia con respecto al desarrollo normal que define a los TELD son problemáticas debido a dos puntos fundamentales: a) Dificultades ocasionadas por las limitaciones en los instrumentos de valoración existentes (máxime en castellano) y, por lo tanto, para hacer inferencias fiables sobre los distintos grados de severidad; fundamentalmente en el caso de niños pequeños o niños con graves problemas de comprensión del lenguaje, así como para la evaluación de déficits residuales en adultos. b) Frecuente desatención a la posible asincronía en el desarrollo de los distintos componentes ni al valor de determinados patrones de desarrollo frente a otros. Como luego comentaremos con más detenimiento, se debe atender a la diversidad de dimensiones del lenguaje afectadas, a la posibilidad de que exista una disarmonía en el perfil de desarrollo, a la existencia de patrones atípicos o desviados y a la concurrencia de otros problemas asociados. Puede ser peligroso simplificar la decisión de si un niño debe acudir o no a terapia del lenguaje atendiendo exclusivamente al rango de variación normal en la adquisición de primeras palabras. Los criterios de severidad no tienen en cuenta la heterogeneidad de perfiles ni la posible existencia de patrones desviados. c) Peligro de desatención terapéutica a niños con retraso mental debido a que pueda darse una falta de discrepancia entre EM y E verbal. d) Evidencia de que la discrepancia entre CI verbal y el CI no-verbal puede variar con el tiempo, además de que el valor o interpretación clínica de las variaciones de un determinado nivel de desarrollo del lenguaje con respecto a la norma debe ser diferente según la edad o etapa evolutiva del niño (la significación del año o años de diferencia varia según la edad del sujeto, un año de retraso no es lo mismo en un niño de 30 meses que en un niño de 8 años).

Adjuntamos documento anexo número 1, con criterios evolutivos para determinar necesidades de terapia del lenguaje, donde intentamos atender de forma integrada a todas las dimensiones del lenguaje, así como a posibles perfiles anómalos o atípicos.

B. Pronóstico: Hace unos años era común considerar para el diagnóstico un criterio de persistencia definido por la necesidad de que los problemas persistieran más allá de los 5-6 años (algunos autores 7-8 años). Sin embargo este criterio hacia imposible el diagnóstico temprano, además de que los criterios de recuperación o de continuidad del trastorno dependen mucho de las medidas o dimensiones que se tomen en cuenta en la evaluación. De hecho, numerosos estudios indican como es frecuente que niños a los que se ha considerado como totalmente recuperados a los 5 años, volvían a presentar problemas a los 6 ó 7 años, bien por que se producía una desaceleración en el posterior desarrollo (discurso narrativo fundamentalmente) bien porque aparecen

problemas cognitivos y de lectoescritura. Numerosos estudios indican que podrían persistir secuelas importantes en un 60% de los casos (problemas lectoescritura, dificultades escolares o de comportamiento, discurso narrativo y conversacional pobre..), aunque los trabajos publicados son en ocasiones poco fiables y los resultados de los mismos a menudo dependen de las medidas utilizadas y también de la población incluida en el estudio (criterios de diagnóstico o inclusión utilizados). En todo caso, existe un acuerdo general que los sujetos con un retraso o alteraciones en el desarrollo temprano del lenguaje tienen un riesgo más alto de presentar posteriormente déficits verbales y dificultades residuales de aprendizaje y comportamiento. **La persistencia y alcance de dichos trastornos parece depender de la severidad, dimensiones afectadas, patrones de adquisición y de la asociación con otros déficits (retraso general, problemas motores, etc.), así como la calidad del entorno sociofamiliar y la calidad-cantidad de terapia del lenguaje recibida.** Parece que generalmente los niños que sólo presentan dificultades fonológicas, sin que se vean afectados otros aspectos, tienen una mejor evolución. Cuanto más áreas de funcionamiento lingüístico o comunicativo estén afectadas podría ser peor el pronóstico. Así mismo la evolución es peor cuando existen déficit de comprensión y/o cuando existen déficit semántico-pragmáticos. Existe un estudio de Wilson y Risucci (1986, 1988) que indica peores resultados para la adquisición de la lectura en los casos en que existe un trastorno o déficit de la memoria auditiva junto con déficit de recuperación léxica. Un dato frecuentemente reflejado en la práctica clínica es que el nivel de CI es un importante factor de predicción. Una buena calidad del entorno familiar y cultural, junto con la posesión de capacidades cognitivas no-verbales adecuadas, o incluso por encima de la media, optimizan el pronóstico. También se menciona como rasgo negativo para el pronóstico que el cuadro de alteración del lenguaje persista más allá de los primeros años de escolaridad.

Anexo 1 **Elementos de pronóstico de los TEDL (Cl. Chevrie-Muller, 2001)**

1. Persistencia más allá de la edad de los 5 años 6 meses de trastornos del lenguaje notables.
2. Constatación de dificultades en varios exámenes sucesivos durante los años preescolares.
3. Afectación global de la expresión (y no sólo trastorno fonológico o de articulación) .
4. Afectación de la comprensión (generalmente pronóstico peor cuando no sólo se ve afectada la expresión)
5. Déficit de la memoria a corto plazo.
6. Dificultades de recuperación léxica.
7. Trastornos de la semántica y de la pragmática.
8. Asociación con trastornos perceptivos y/o motores.
9. Asociación con déficits intelectuales y/o de déficit de la atención y/o de trastornos de conducta.
10. Asociación de privación o de insuficiencia afectiva, familiar, social o cultural.

**Nosotros añadiríamos un último elemento:



11. Calidad - intensidad y precocidad de la terapia del lenguaje

No estamos de acuerdo con la separación entre retraso simple del lenguaje y TEL fundada en muchas ocasiones en razón del mejor o peor pronóstico. Para algunos profesionales los casos de TEL tendrían una evolución lenta, frente a los casos que ellos diagnostican como retraso simple del lenguaje (RL) y que evolucionarían muy rápidamente después de los 4 años de edad. (RL serían los casos que se corregirían sin secuelas entre los 4-5 años de edad, generalmente caracterizados por problemas de articulación, con aparición de primeras palabras hacia los 2 años) Creemos que esta distinción entre RL y TEL, en función tanto de la mejor evolución como a la severidad del trastorno, no ayuda al diagnóstico temprano ni es operativa para el profesional que realiza la intervención. Algunos autores están intentando matizar entre los TEL que tienen necesidades educativas transitorias y los que tienen necesidades educativas permanentes pero esto no ayuda nada a hacer mejores diagnósticos diferenciales ni a saber más de la heterogeneidad de los TEL; incluso para los defensores del término retraso del lenguaje RL, es evidente que estos deben recibir intervención logopédica. Nos parece más oportuna la diferenciación de “hablantes tardíos” (niños que presentan una adquisición lenta del lenguaje expresivo pero dentro de los límites normales y de los que luego hablaremos) y los niños con TELD.

C. Presencia de patrones atípicos o desviados (desviación versus retraso). **No hay consenso, ni investigaciones suficientes** que avalen suficientemente la cuestión de que si en los niños con TEDL existe un desarrollo del lenguaje simplemente retrasado o si además existen anomalías o patrones de adquisición atípicos. Algunas investigaciones indican el hecho de que los niños con TEDL podrían presentar una mayor persistencia en el tiempo de patrones de adquisición inmaduros, con coexistencia de adquisiciones o de patrones de error correspondientes a etapas diferentes de desarrollo y posibles variaciones o desfases mayores entre las distintas dimensiones o componentes del lenguaje (desarrollo asincrónico o no homogéneo entre las distintas dimensiones y coexistencia de diferentes niveles de adquisición intra e inter-dimensión). Independientemente de este hecho, además es probable que la propia desarmonía en el perfil de desarrollo global de un sujeto, así como su necesidad de usar estrategias compensatorias, genere desviaciones con respecto al modelo normal que podrían entonces ser secundarias al retraso. Para algunos autores la presencia de patrones atípicos de error y el hecho de encontrarnos con un perfil lingüístico asimétricos sería propio del TEL, frente a un perfil retrasado pero más homogéneo en el caso de los RL, pero este dato no está para nada probado ni consensuado. **Posiblemente no todos los niños con TEL tengan perfiles desviados, al menos en relación a las dimensiones del lenguaje tomadas individualmente, pero puede haber niños que si los tengan y se cuestiona el hecho de que si los niños que presentan perfiles o patrones de adquisición mas desviados tengan también peor pronóstico.**

D. Perfil lingüístico característico (aquí se incluye la polémica trastorno del habla versus trastorno del lenguaje). Actualmente esta generalmente aceptado que los TEDL son un **grupo muy heterogéneo que puede presentar perfiles lingüísticos y comunicativos muy diversos**. Se cuestiona una posible inestabilidad en las dimensiones afectadas a lo largo del tiempo/dependiente de edad. Algunos autores, sin embargo, opinan que los TEDL se caracterizarían por un perfil lingüístico en el que se destacarían los problemas en el desarrollo semántico y gramatical. Se mencionan dificultades en la comprensión y uso de los morfemas (fundamentalmente los verbales); la frecuencia de estructuras gramaticales distorsionadas (fundamentalmente en relación al orden de los elementos de la frase); la falta de homogeneidad del léxico (uso de vocabulario léxico propio de su edad que contrasta con la ausencia de palabras o léxico propio de edades tempranas). En la literatura revisada es frecuente que se excluyan los trastornos fonológicos como subtipos dentro de los TEDL. Nosotros no estamos de acuerdo con esta exclusión, exceptuando errores puramente fonéticos o dislalias. **Es imprescindible incluir e integrar todas las dimensiones del lenguaje, en su vertiente receptiva y expresiva, en la exploración del lenguaje de los niños con TEDL, para poder establecer a partir de ella se un perfil psicolingüístico del sujeto.**

E. Exclusión/ concurrencia. Aunque es aceptado que no se incluyan dentro de los TEDL los trastornos del lenguaje secundarios a causas conocidas -defectos estructurales o sensoriomotores del aparato del habla; pérdida auditiva duradera superior a 25-30 dB en frecuencias conversacionales; daño cerebral o disfunción neurológica evidentes; retraso mental (algunos mencionan CI de ejecución superior a 85) u otras psicopatologías o trastornos del desarrollo; ni por privación socioafectiva o trastornos emocionales o conductuales primarios-, no siempre queda clara la posibilidad de hacer **diagnósticos concurrentes** o al menos en que casos existe esta posibilidad. Aunque las investigaciones al respecto son escasas e incompletas, parece claro que **podría coexistir el TEL al menos con retraso mental, déficit sensorial o deficiencia auditiva, defectos estructurales o sensoriomotores del aparato del habla (paladar hendido, trastornos neuromotores..), problemas emocionales o conductuales (por ejemplo el mutismo selectivo) y con privación socioambiental.** En todos estos casos, podemos establecer un diagnóstico concurrente cuando el trastorno del lenguaje que se presenta es mayor de lo esperado o no puede explicarse sólo con un único diagnóstico o al menos no son una causa directa suficiente. Es mucho menos claro o al menos **está menos consensuado en el caso de los TGD.** Sí son del todo excluyentes los daños cerebrales adquiridos en la niñez o en la vida adulta (afasias o daños resultantes de una lesión cerebral localizada o a trastornos convulsivos).

Conclusiones

Los trastornos del desarrollo del lenguaje identificados en los años preescolares tienen una fuerte relación predictiva con posteriores trastornos de aprendizaje; además del riesgo de problemas de conducta y de personalidad. De ahí la importancia de detección e intervención temprana.

La definición y descripción conductual de los niños con TEL es complicada dada la heterogeneidad de perfiles lingüísticos y comunicativos que podemos encontrarnos. Apenas se puede definir el trastorno más allá de la especificidad del mismo (existe un trastorno específico en el desarrollo-adquisición del lenguaje que puede afectar a uno o a múltiples componentes del lenguaje en su vertiente expresiva y/o receptiva) y de su carácter de exclusión con respecto a otros trastornos más conocidos o mejor filiados (aunque con dudas acerca de las posibilidades de concurrencia). En la práctica clínica parece que lo importante es decidir si un niño necesita o no intervención del lenguaje, en este sentido parece clara esta necesidad para todos los TEDL incluyendo los casos de mejor pronóstico (incluimos criterios de decisión en anexo). Generalmente es más difícil tomar decisiones sobre los contenidos de la intervención y sobre el pronóstico, para ello es necesario conocer al detalle el perfil lingüístico en todas las dimensiones o componentes del lenguaje expresivo y receptivo. A analizar un perfil es importante tener en cuenta tanto criterios de severidad (o desfase con respecto a edad o expectativas) como de desviación o asimetría, así como puntos fuertes y posibilidad de problemas o trastornos asociados.

Los perfiles más desviados o más severamente retrasados suelen ser sencillos de diagnosticar (aunque en ocasiones no se analice siquiera esta desviación en la práctica), sin embargo cuando las variaciones con respecto a la norma son menores, o en el caso de niños muy pequeños, el diagnóstico y análisis de necesidades es más difícil de realizar. Aunque son evidentes las ventajas de una detección/diagnóstico e intervención temprana, existe la dificultad de la gran variación intersujeto antes de los 2 años de edad en relación a la adquisición del lenguaje oral. A partir de los 2 años 6 meses la variación va siendo cada vez menor y el diagnóstico diferencial es más fácil. En el rango de edad de los 12-18 meses, incluso hasta los 2 años ó 2 años 6 meses, existen retrasos transitorios o, quizás, mejor dicho, perfiles distintos en relación a la adquisición del lenguaje. En esta etapa, en algunos niños, con adecuada comprensión y habilidades comunicativas normales, el lenguaje expresivo aparece tarde o emerge lentamente pero evoluciona luego positiva y espontáneamente sin que se observen secuelas debidas a este comienzo más lento y/o tardío. Este retraso transitorio se debería a la amplia variabilidad que se observa en la población normal en la adquisición del lenguaje oral en esa edad, por lo que no serían retrasos significativos. En estos casos se aconseja, sin embargo, un seguimiento o supervisión durante 1 ó 2 años (hasta los 3 ó 4 años de edad) ya que generalmente no podemos asegurar si van a superar el retraso que presentan con respecto a sus compañeros o si no van a presentar anomalías en el futuro.

Si tenemos que tener en cuenta, como dato significativo, que aquí no se incluirían aquellos perfiles del lenguaje que mostrasen alguna anomalía, por ejemplo ausencia o limitada respuesta al lenguaje, limitaciones o ausencia de actos comunicativos no-verbales, desarrollo vocálico anómalo (por ejemplo niño de 18 meses sin jerga expresiva ni balbuceo normativo). A edades tempranas es decisivo y/o muy importante tener en cuenta criterios de desviación o asimetría. Es alarmante el hecho de que a menudo se simplifique la decisión de sí un niño debe acudir o no a un especialista del

lenguaje atendiendo exclusivamente al rango de variación normal en la adquisición de las primeras palabras. En edades tempranas, el proceso de toma de decisiones debe incluir una valoración de sus habilidades de juego funcional y simbólico, conductas comunicativas preverbales, desarrollo vocálico, habilidades de comprensión lingüística, habilidades de lenguaje expresivo y posibles factores de riesgo de daño prenatal o perinatal. Es evidente que si nos encontramos con varias dimensiones afectadas mayor probabilidad de que existe un trastorno severo. Para aquellos niños con factores de riesgo adicionales, la intervención temprana se hace aconsejable incluso si solo está retrasado el lenguaje expresivo (por ejemplo en el caso de síndromes genéticos)

A partir de los 2 años, y fundamentalmente de los 2 años 6 meses, la variación intragrupal es menor y por lo tanto los retrasos en el desarrollo del lenguaje ya tienen carácter de significación y/o deben ser objeto de intervención. Si además de retraso somos capaces de apreciar desviaciones en relación a los patrones de adquisición o de error, o asincronías en el perfil de desarrollo lingüístico, el diagnóstico y la necesidad de intervención es indiscutible (y posiblemente con peor pronóstico)

Es necesario analizar desarrollos atípicos atendiendo a:

- Disarmonía entre el desarrollo de las distintas dimensiones del lenguaje.
- Coexistencia de patrones de adquisición o de error de distintas etapas evolutivas.
- Persistencia y consistencia (estabilidad) en patrones de simplificación del habla o del lenguaje.
- Patrones de adquisición o error atípicos o idiosincráticos (poco comunes, por ejemplo, producir fricativas y líquidas antes que oclusivas, producir consonantes finales antes que iniciales, producir más atributos y adverbios que nombres, emplear función de respuesta o denominaciones antes que imperativos, lenguaje ecolálico, problemas recuperación léxica.....)
- Presencia de otros problemas asociados (problemas motores, anomalías en el desarrollo social, anomalías en el desarrollo simbólico..)

(Ver anexo 1: Criterios para determinar necesidades de terapia del lenguaje.)

1.2. CLASIFICACION Y DESCRIPCION DIAGNOSTICA

Se han seguido distintos enfoques y distintas definiciones operativas del trastorno para establecer subgrupos o clasificaciones del TEDL.

La clasificación posiblemente más citada y una de las más aceptadas es 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 y que completamos en anexo 2:

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

Aunque esta clasificación es una aportación valiosa de cara a las investigaciones sobre los TEDL, no queda claro si no pudiese 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) Todo ello nos lleva a proponer una clasificación más global, matizada por un análisis y descripción cuidadosa del perfil lingüístico y comunicativo de cada alumno objeto de evaluación. Partiríamos de dos amplios subgrupos:

A. Trastorno específico del desarrollo del lenguaje expresivo

B. Trastorno específico del desarrollo del lenguaje expresivo-receptivo

*** En algunas investigaciones o taxonomías de los TEDL se excluyen los trastornos fonológicos o de articulación pero teniendo en cuenta la definición que hemos dado en los inicios de nuestra intervención, nosotros no estamos de acuerdo con esa exclusión.*

La Asociación Americana de Psiquiatría, en el DSM IV (1994) integra los trastornos específicos del desarrollo del lenguaje, tanto grupo mixto como del lenguaje expresivo, dentro de un grupo más amplio denominado trastornos de la comunicación que incluye tanto los trastornos evolutivos como los adquiridos (afasia).

Trastornos de la comunicación (DSM IV)

1. Trastorno del lenguaje expresivo
2. Trastorno mixto del lenguaje receptivo-expresivo
3. Trastorno fonológico
4. Tartamudeo
5. Trastorno de la comunicación no especificado

Los criterios del DSM IV tienen el problema de la ambigüedad de los criterios (puntuaciones del desarrollo del lenguaje sustancialmente por debajo de la capacidad no-verbal) y el hecho de integrar tanto los trastornos adquiridos como los evolutivos. No excluye la presencia de déficit neurológicos. Otro problema es que describe pobremente los perfiles y/o reduce la heterogeneidad que se recoge en la clínica, además de que aboga por un continuo de severidad entre el trastorno expresivo y el trastorno mixto (hecho totalmente discutible según los datos de las investigaciones y de la clínica).

La taxonomía de la Organización Mundial de la salud, en el ICE-10, sí recoge o menciona de forma diferenciada los trastornos específicos del desarrollo del lenguaje excluyendo los trastornos adquiridos y/o con causa neurológica conocida. Entre los TEL menciona los siguientes:

Trastornos específicos del desarrollo del habla y del lenguaje

1. Trastorno específico de la pronunciación
2. Trastorno de la expresión del lenguaje
3. Trastorno de la comprensión del lenguaje
4. Afasia adquirida con epilepsia
5. Otros trastornos del desarrollo del habla y del lenguaje
6. Trastornos del desarrollo del habla y del lenguaje sin especificación

Los criterios diagnósticos de la ICE son más que discutibles ya que propone como punto de corte la existencia de puntuaciones de lenguaje dos desviaciones estándar por debajo del nivel esperado y una desviación estándar por debajo del CI no verbal. La CIE excluye del diagnóstico cualquier caso que presente déficit sensorial, físico o retraso mental, sin que al parecer tenga en cuenta diagnósticos concurrentes. Otro problema es que no recoge los casos mixtos.

Repasando una visión integral y global de los trastornos del lenguaje en la infancia y el lugar que ocupan en los mismos los TEDL, destacamos los siguientes subgrupos (ver anexo 3):

Trastornos del lenguaje en la infancia

1. Defectos estructurales o sensoriomotores del aparato del habla.
2. Trastornos del habla de origen desconocido
3. Pérdida auditiva
4. Daño cerebral o disfunción adquirida en un periodo neonatal o perinatal
5. Daño cerebral o disfunción adquirida en la niñez (afasia)
6. Trastornos conductuales y emocionales
7. Deprivación sociocultural
8. Trastornos específicos del desarrollo del lenguaje (TEDL)

1.3. DIAGNOSTICO DIFERENCIAL/DIAGNOSTICO CONCURRENTE

- Los TEL se relacionan a menudo con los siguientes síntomas o trastornos:
- Alteraciones emocionales y de conducta. Siendo esta asociación más común en los casos más severos (generalmente de tipo mixto y/o cuando se ve afectada la comprensión)
 - Problemas escolares y de aprendizaje que con frecuencia cumplen el diagnóstico clínico de trastornos de aprendizaje.
 - Problemas relacionales y/o pobres habilidades de interacción con sus iguales.
 - Dificultades de juego simbólico.
 - Déficit en la memoria de trabajo (memoria a corto plazo)
 - Déficit en el procesamiento secuencial/ déficit para procesar estímulos secuenciales fundamentalmente los presentados con rapidez.
 - Procesamiento lento de la información auditivo-verbal y problemas de discriminación auditiva.

- Mayor tiempo de latencia y necesidad de más tiempo en la presentación de estímulos, sobre todo de estímulos auditivo-verbales.
- Dificultades prácticas.
- Dificultades de coordinación motora que en ocasiones cumplen criterios diagnósticos de Trastorno del desarrollo de la coordinación.
- Enuresis.
- Trastornos de la fluidez del habla.
- Déficits en los procesos de autorregulación personal o función ejecutiva. Fallos relativos al control atencional e hiperactividad que en ocasiones cumplen los criterios para un diagnóstico de Déficit atencional con hiperactividad.
- Problemas de autocontrol emocional.
- Anomalías inespecíficas en el EEG

➤ Diagnósticos concurrentes posibles más estudiados

- Capacidad intelectual límite.
- Retraso mental y/o Trastornos del desarrollo secundarios a lesiones o daños cerebrales de origen prenatal o perinatal – Controversias.
- Déficit atencional con hiperactividad.
- Trastorno en el desarrollo de la coordinación motora.
- Trastornos de aprendizaje.
- Mutismo selectivo.

➤ Diagnóstico diferencial.

- Ver anexos: anexo 6: Clasificación trastornos del lenguaje para el diagnóstico diferencial con respecto a otros trastornos del lenguaje.
- Ver cuadro diagnóstico diferencial autismo infantil – mutismo selectivo y TELD.

Trastorno específico del desarrollo del lenguaje

1. Descripción y diagnóstico

María Gortázar Díaz

	AUTISMO	TELD Receptivo o mixto
Datos Epidemiológicos	Mayor incidencia en hombres. Peor pronóstico.	Mayor incidencia en hombres. Mejor pronóstico.
Audición	Respuestas atípicas al sonido. Falta de atención al habla. Audiometría usualmente normal.	Respuestas atípicas al sonido. Mejor respuesta al habla. Más frecuencia de audiometrías con irregularidades.
Habla	Anomalías en rasgos suprasegmentales (ritmo, volumen, tono). Problemas articulatorios son menos frecuentes comparados con otros componentes. 50% no verbales.	Mayor frecuencia de problemas articulatorios. Mayor normalidad de rasgos suprasegmentales. Posible presencia de fenómenos reactivos a los problemas del lenguaje (mutismo, etc.).
Comunicación preverbal	Posibles anomalías desarrollo vocálico temprano. Alteraciones en la comprensión-expresión de actos comunicativos preverbales (mirada, gestos....)	Posibles anomalías en el desarrollo vocálico temprano. Normal desarrollo de actos comunicativos preverbales.
Expresión lingüística	50% ausencia – 50% Retraso en la adquisición del lenguaje junto con perfiles muy variados en los componentes formales y de contenido. Déficit pragmático verbales y no verbales (trastornos de las funciones comunicativas). Las dificultades semánticas y pragmáticas superan a las fonológicas y sintácticas. Mayor frecuencia de ecolalias, producción de preguntas reiterativas, utilización estereotipada del lenguaje o lenguaje indiosincrático. Inversión pronominal. Lenguaje poco creativo	Generalmente sin déficit pragmáticos marcados a excepción de las limitaciones secundarias a resto perfil lingüístico. Mayor frecuencia, espontaneidad y variedad de funciones comunicativas. Mejores habilidades conversacionales y narrativas. Menor frecuencia de ecolalias y, en general, de empleo repetitivo del lenguaje. Lenguaje más creativo.
Comprensión lingüística	Moderada o severamente deteriorada en mayoría.	Severamente deteriorada en casos de agnosia auditiva, o disfasia receptiva, en resto generalmente mejor que en A.

<p>Area social</p>	<p>Alteración cualitativa habilidades de interacción con sus iguales.</p> <p>Trastorno de las capacidades de referencia conjunta</p> <p>Trastorno de las capacidades intersubjetivas y mentalistas.</p>	<p>Conducta social más adecuada y/o sin alteraciones cualitativas. Puede haber problemas de relación social secundarios y/o pobre desarrollo de habilidades sociales.</p> <p>Mejor empleo y comprensión de estados atencionales, mejor empleo y comprensión de estados mentales.</p> <p>Más frecuente juego cooperativo y mejores capacidades para relacionarse con sus iguales.</p>
<p>Area cognitiva</p>	<p>Alteración actividades imaginativas</p> <p>Inflexibilidad mental y comportamental</p> <p>Trastorno del sentido de la propia actividad y agentividad.</p> <p>Dificultades de anticipación, representación de metas y planificación</p> <p>Mayor discrepancia entre CI verbal y CI no-verbal</p> <p>$CI\ no-verbal > CI\ social \geq CI\ verbal$</p> <p>Mas frecuente asociado a Retraso mental (75%).</p> <p>Mayor frecuencia de destrezas especiales.</p> <p>Déficit procesamiento secuencial</p> <p>Dificultades de inhibición de RR</p> <p>Problemas de abstracción y de metarepresentación.</p> <p>Hiperrealismo (dificultad para prescindir de características físico-perceptivas)</p> <p>Problemas coherencia central.</p>	<p>Mejores competencias de juego simbólico o de cualquier actividad imaginativa.</p> <p>Menor frecuencia de inflexibilidad y/o menos acusada.</p> <p>Conductas funcionales autónomas – sentido del yo proyectado al futuro.</p> <p>$CI\ no\ verbal \cong CI\ social > CI\ verbal$</p> <p>Menos frecuente retraso mental.</p> <p>Menos frecuente destrezas especiales.</p> <p>Déficit procesamiento secuencial</p> <p>No hay o es menor problemas inhibición RR.</p> <p>No hiperrealismo.</p> <p>No problemas de coherencia central.</p>
<p>Conducta:</p> <p>-Fenómenos ritualistas</p> <p>-Hipersensibilidad estimular.</p>	<p>Mayor frecuencia de estereotipias, rituales, contenidos limitados de pensamiento. Intereses poco funcionales y limitados en variedad...</p> <p>Mayor frecuencia de hipersensibilidad estimular y de dificultades de integración intermodal.</p>	<p>Menor frecuencia. Intereses más normalizados.</p> <p>Menor frecuencia de hipersensibilidad estimular y/o más centrada en hipersensibilidad a estímulos auditivo.</p>

1.4. PREVALENCIA Y ASPECTOS NEUROLÓGICOS:

- **Prevalencia.** Los porcentajes que se dan en los distintos estudios en ocasiones no son coincidentes dependiendo fundamentalmente de la definición y conceptualización de TEL que se adopte. Generalmente se menciona una prevalencia que oscila entre el 3%-10 % de los niños en edad escolar (entre 3-5%: trastorno expresivo y entre 3-5% trastorno expresivo-receptivo). Se menciona también una mayor incidencia en varones (ratio 2:1). Los estudios de seguimiento indican que entre el 40-60% de los niños que tenían trastornos del lenguaje en los años preescolares, continuaban presentando problemas en los años escolares. El 50% de los que presentaban TEL a la edad de 6 años, continuaban presentando problemas en la edad adulta.
- **Aspectos neurológicos:** Como causa de los TEDL se mencionan posibles factores genéticos y modificaciones o déficit de las estructuras anatomofuncionales neurológicas indispensables para la adquisición del lenguaje.

a) Factores genéticos:

Las últimas investigaciones sugieren un origen genético para una parte importante de los TEDL. Por un lado se han identificado bastantes familias en las que existen varios miembros con TEDL y está claro que la probabilidad aumenta cuando existen antecedentes familiares de TEL (aunque los estudios son poco objetivos, los datos apuntan a que la proporción de familiares de primer grado estimados como disfásicos oscila entre el 23 y el 41%). Otro factor que apoya la base genética es la mayor incidencia de varones. En relación a los estudios con gemelos, aunque todavía son escasos, parece existir una tasa de concordancia mayor entre gemelos monocigóticos (70% para los de sexo masculino siguiendo criterios de DSM-III-R y 100% siguiendo criterios más amplios.) frente a los dicigóticos (46%- 50%).

b) Anomalías cerebrales:

- Asimetría hemisférica con un “sobre-desarrollo” del hemisferio derecho ocasionado en la vida embrionaria por la migración de ciertas neuronas del h. Izquierdo.
- Anomalías en la corteza parietal superior, prefrontal y temporal, así como en los núcleos diencefálicos.

c) Antecedentes patológicos personales en al menos 28%