

## Trastorno del desarrollo del lenguaje y del habla

N. Sabaté, J. Tomás, M. Sarlé, A. Corbella

*El lenguaje es un medio de comunicación a través de un sistema de símbolos. En el niño es de gran importancia su adquisición la cual se realiza entre los 11 meses y los tres años. Alrededor de los cuatro años ya se forman pequeñas frases correctas. El lenguaje del niño parte de lo que es normal a la edad en que se encuentra, pero las manifestaciones de los trastornos del lenguaje son notablemente variadas. A continuación se intentará ayudar a reconocer cuando el lenguaje es normal y entender causas, valoración, diagnóstico y trastornos.*

La adquisición del habla requiere que el niño sea expuesto al lenguaje y poseer el equipo biológico necesario para descodificarlo y producirlo. Esto implica tener el aparato sensorial adecuado para percibir la entrada del lenguaje, tener un cerebro que pueda descubrir y pueda aprender la estructura subyacente del lenguaje y un aparato articular que pueda programarse para producir los sonidos del habla.

Los trastornos del lenguaje pueden aparecer si el niño tiene una inadecuada exposición al lenguaje o si padece condiciones médicas que afecten las bases biológicas para el aprendizaje de éste. Sin embargo, en la mayoría de niños que presentan dificultades del habla no aparece ninguna causa obvia. Su oído es normal, la inteligencia no-verbal es adecuada, no hay ningún trastorno físico o emocional que afecte al habla y el ambiente lingüístico de casa parece correcto.

### LENGUAJE ESPECÍFICO Y TRASTORNO DEL LENGUAJE.

#### 1. Disfasia del desarrollo, lenguaje específico y trastorno del lenguaje.

El origen del **trastorno del desarrollo del lenguaje** es aún desconocido. Se describió alrededor de principios de siglo por un grupo de neurólogos que notaron similitudes entre los síntomas observados en niños y aquéllos vistos en adultos afásicos después de sufrir lesiones focales del cerebro. El término de **disfasia del desarrollo** fue propuesto para describir casos en donde las dificultades del lenguaje parecían ser selectivas, y no eran explicables en términos de pérdida de oído o de impedimento mental. Los términos como disfasia del desarrollo y afasia congénita permanecen en Europa continental, pero en el Reino Unido y América del Norte han sido reemplazados por expresiones como **lenguaje específico** y trastorno del lenguaje o trastorno del desarrollo del lenguaje. Hay varias razones para que así sea. Una de ellas es que esas etiquetas neurológicas pueden llevar a pensar que hay evidencias de una implicación

independiente a la base neurológica que explique el trastorno. Este diagnóstico no es realmente una explicación, sino sólo es una descripción de la taquigrafía del problema. Otra razón para rechazar una etiqueta como disfasia del desarrollo es que con este término parece que nos refiramos a una sola condición, sin considerar que los niños con dificultades de lenguaje pueden tener problemas extensamente diferentes.

## 2. Criterios diagnósticos:

### *a) DSM-IV e ICD-10:*

En el **DSM-IV** el trastorno específico del desarrollo del lenguaje y el trastorno del habla, normalmente se incluyen en el grupo de trastornos diagnosticados en la infancia o adolescencia. El criterio diagnóstico que muestra el **ICD-10** también incluye una categoría de trastornos de desarrollo específicos del lenguaje y habla y hace una distinción dentro del trastorno de articulación de lenguaje específico que es el trastorno del lenguaje expresivo y el trastorno del lenguaje receptivo. También incluye bajo esta ancha categoría la afasia adquirida con epilepsia (síndrome de Landau - Kleffner) y categorías adicionales de otro trastorno y el trastorno no especificado.

### *b) Subtipos dentro del DSM-IV e ICD-10:*

El DSM-IV e ICD-10 distinguen entre trastornos que afectan sólo al lenguaje expresivo de aquéllos donde se daña el lenguaje receptivo. Aunque la aplicación de esta distinción sea razonable, se trata de una sobresimplificación, ya que los problemas receptivos implican dificultades en la decodificación del lenguaje, produciéndose: fracaso para distinguir por ejemplo entre 'el gato' y 'el dato', conocimiento limitado del significado de la palabra (Ej. tratando; 'balla' y 'cerca' como sinónimos), problemas en la interpretación de construcciones gramaticales complejas y una tendencia a ser literal. Igualmente pasa con la categoría de trastorno del lenguaje expresivo donde se agrupan niños con dificultades diversas.

Aunque ambos sistemas de clasificación incluyen una categoría para los niños con problemas específicos de la producción de sonidos del habla, el DSM-IV ha abandonado el término inicial de trastorno del desarrollo de la articulación por el de trastorno fonológico. Esto refleja el reconocimiento creciente de que tales dificultades son lingüísticas en lugar de tener un origen motor. Normalmente el niño es físicamente capaz de producir sonidos correctos, pero tiene problemas en aprender a clasificar sonidos. Por ejemplo, el niño no puede comprender que 'silla' y 'sopa' empiezan con el mismo fonema (Bird & Bishop, 1992).

### **c) Clasificaciones basadas en criterios neurolingüísticos:**

Una aproximación alternativa de clasificación ha sido adoptada por Rapin y Allen (1983) quienes propusieron una nosología basada en la observación clínica de características lingüísticas de deterioro del lenguaje. Esta clasificación no se restringe a los niños con trastornos del lenguaje específicos, pues intenta que sea aplicable a todos los niños con dificultades del lenguaje, independientemente de si otros trastornos están presentes, como podría ser el caso del autismo.

El tipo de trastorno más común que reconocen es el **síndrome fonológico - sintáctico**, donde el niño tiene problemas en el aprendizaje del sistema de sonidos del lenguaje (fonología) y ha limitado el dominio de estructuras gramaticales (sintaxis) en el lenguaje expresivo. La mayoría de los niños que serían clasificados como casos de trastorno del lenguaje expresivo en el DSM-IV encajaría en esta categoría.

Rapin y Allen distinguen el síndrome fonológico - sintáctico del **síndrome de programa fonológico deficitario** en el que las dificultades expresivas son tan severas en la comprensión del niño que es ininteligible, pero normal en la conservación.

Otro tipo diferente de trastorno expresivo es el **síndrome deficitario léxico - sintáctico**, donde el niño habla claramente, pero tiene problemas para encontrar palabras y para la formulación de oraciones. En este caso, el lenguaje del niño no parece evidentemente anormal, cosa que hace que este tipo de problema puede pasarse por alto a menos que se usen valoraciones estandarizadas.

Un tipo de trastorno de lenguaje receptivo poco común descrito por Rapin y Allen es la **agnosia auditiva verbal** que se diagnostica cuando un niño con problemas de comprensión severos tiene dificultad para interpretar sonidos del lenguaje. Muchos niños con afasia epiléptica adquirida recibirían este diagnóstico, aunque el diagnóstico también se aplicaría a otros niños con problemas de comprensión severos que tienen un trastorno de desarrollo.

Se ven problemas de comprensión de diferente tipo en niños con **síndrome semántico - pragmático**. La semántica es la rama de la lingüística que tiene relación con el significado, y la pragmática hace referencia a cómo se usa el lenguaje en contextos diferentes. El diagnóstico para las anomalías del niño en este nivel se dan en el contenido y uso del lenguaje, más que en los aspectos de la forma del lenguaje (e.j. gramática y fonología). Rapin (1982) resumió las características clínicas de estos niños como la inclusión de un discurso fluente, claramente articulado que puede ser ecológico y con problemas en la palabra-clave y daño en la comprensión del lenguaje. Estos niños son habladores y pueden describirse como hiperverbales. Aquéllos que encajan en este cuadro clínico produce un lenguaje raro y impropio, en lugar de parecer sólo pobre para

su edad.

Aunque la nosología propuesta por Rapin y Allen parece ser un paso hacia adelante a la hora de redefinir la clasificación del trastorno del desarrollo del habla, cualquiera que intente aplicar este sistema en el ámbito clínico se encontrará que los límites de diagnóstico permanecen imprecisos. Varios estudios han encontrado que el perfil de deterioro del lenguaje ejecuta cambios con niños maduros (Bishop & Edmundson, 1987a; Scarborough Dobrich, 1990; el Whitehurst et al., 1991a), y es posible que alguno de los subgrupos que se han descrito correspondan a los diferentes puntos en el desarrollo, en lugar de ser entidades clínicas distintas.

## VALORACIÓN DEL NIÑO CON PROBLEMAS DE LENGUAJE Y HABLA

### 1. Pasos a seguir en la valoración:

#### *a. Entrevista a los padres:*

Una entrevista no sólo ha de proporcionar información importante sobre las características del niño, sino también dará cuenta del nivel de ansiedad paternal, la actitud hacia su hijo y a las tendencias profesionales. No es extraño que los padres de niños primogénitos ignoren que el progreso de su hijo es lento, hasta que el niño sale de la guardería y entra en la escuela, donde la diferencia con las habilidades verbales de otros niños se pone de manifiesto.

Los padres deberían preguntar por el comportamiento específico del lenguaje, además de los progresos generales. Un informe para los padres sobre la regresión de habilidades del lenguaje es inusual pero potencialmente importante a observar, y debe tomarse en serio. Muchos niños con desarrollo del lenguaje tardío también tienen otros trastornos del comportamiento, pero se puede ignorar a menos que el padre sea cuidadoso.

La historia perinatal, médica y familiar puede proporcionar algunas pistas acerca de la etiología del trastorno, aunque no es raro encontrar una historia tranquila en niños con trastorno del desarrollo del lenguaje y habla. Pocos niños tienen una indicación clara de enfermedad neurológica.

#### *b. Examen físico.*

Para el niño con problemas del lenguaje y habla es especialmente importante la realización de un examen cuidadoso de la integridad estructural y funcional del aparato del habla. Se debe estar alerta a la posibilidad de anomalías físicas como "submucos paladar izquierdo" que puede interferir en la producción del habla.

Hacer muecas involuntarias, babear, las anomalías del reflejo del mordisco y el deterioro de chupar y tragar son señales relevantes sobre la neurona motora superior. La mayoría de los niños con un trastorno del habla causado por una enfermedad neurológica habrá tenido un retardo en las habilidades motoras, con anomalías en el tono muscular, reflejos primitivos persistentes y/o movimientos involuntarios.

### ***c. Investigaciones médicas.***

Hay relativamente pocos casos de trastorno del habla y del lenguaje en niños donde la evolución estará significativamente influenciada por el resultado de pruebas de laboratorio o investigaciones neurofisiológicas. Una excepción a ello aparece cuando las habilidades del habla han retrocedido después de un período de desarrollo normal. Este tipo de evolución sugiere una afasia epiléptica adquirida y debe comportar la realización de un completo electroencefalograma (EEG) que incluya un registro de sueño. Aunque no puede haber ninguna implicación directa para las investigaciones biológicas pueden ser de gran valor para proporcionar a los padres una explicación del trastorno de su hijo o para disminuir los miedos injustificados. Bishop (1987) nos dice que el análisis cromosómico raramente da hallazgos positivos, siendo más probable que revele anomalías en niños con trastorno expresivo severo y problemas del habla, si el lenguaje se describe como dispraxia, y si hay torpeza motora asociada. Mediante procedimientos como la tomografía computada (CT) y la imagen de resonancia magnética es improbable demostrar cualquier lesión del cerebro subyacente, exceptuando los casos donde hay problemas de comprensión severos con problemas del comportamiento asociados (Bishop, 1987).

### ***d. Valoración de la audición.***

El fracaso para descubrir la pérdida de oído es uno de los errores diagnóstico más serios que aparecen en este campo y lleva a algunos profesionales a recomendar que todos los niños con trastorno del lenguaje y del habla realicen previamente una evaluación del aparato auditivo. Sin embargo, en muchos países semejante situación pondría una carga insostenible en los servicios de audiología. Pero es peligroso confiar en las observaciones informales de la sensibilidad perceptiva del niño aunque existan pruebas de "screening" de gran fiabilidad.

Cuando un niño no da evidencia clara y inequívoca de oído normal en una prueba de "screening" entonces se requiere una valoración completa del audiólogo. Allí se establece un correcto procedimiento para la evaluación del comportamiento auditivo usando la audiometría del tono en niños de más de 3 años, pero estos son inapropiados para niños más pequeños donde la concentración y cooperación son menores.

Durante las últimas dos décadas, se ha inventado un tipo de procedimiento



electrofisiológico que permite proporcionar la estimación del umbral exacto en tales casos. El método más conocido es la **audiometría de la respuesta cerebral evocada**, una técnica en la cual se presenta un repetitivo clic o tono, y la respuesta eléctrica en el cerebro se graba y se promedia a través de los múltiples estímulos. Existe una buena correspondencia entre estimación del umbral basada en la electrofisiología y los resultados obtenidos con la audiometría. (Paning y Elberling, 1982).

La **timpanometría** es otro procedimiento que se caracteriza por ser rápido y simple para evaluar la función del oído, pero no es correcta la valoración por sí sola sin tener en cuenta otros métodos, debido al alto porcentaje de casos en que se dan grabaciones anormales que solo reflejan cambios transitorios con ausencia de una patología clara o deterioro significativo del oído.

Algunos niños con trastorno del lenguaje receptivo muestran una marcada diferencia entre los resultados de la prueba audiológica y las reacciones a los estímulos del oído fuera de la situación de la prueba. Estos niños pueden mostrar una pobre discriminación entre estímulos auditivos o reactividad inconstante a los sonidos, de una ocasión a otra, y aún si la audición es adecuada en base a procedimientos como la electrocolegografía o respuestas cerebrales evocadas, entonces se dictamina a menudo el diagnóstico 'de audición' normal remitiendo al niño a otros especialistas. Cuando se observa este tipo de cuadro incoherente se deben considerar otras posibilidades. La primera es que la valoración del audiólogo pueda ser inexacta o incompleta. Negaciones falsas (es decir un diagnóstico de oído normal cuando en realidad existe una pérdida de oído) no debería ocurrir cuando los hábitos del comportamiento auditivo han sido realizado por un especialista calificado, pues los procedimientos se diseñan para prevenir las suposiciones. Sin embargo, McCormick (1988a) encontró que había una alta proporción de error en las pruebas de screenings que fueron administrados por individuos que tenían un entrenamiento breve en su uso. Esta situación se puede mejorar mediante un buen entrenamiento. Los métodos de Electrofisiología generalmente se consideran como muy exactos, aunque son insensibles a la pérdida de oído por debajo de los 1000 Hz. Un diagnóstico negativo falso probablemente aparece cuando se pone confianza en una sola medida de oído periférico, como el reflejo acústico o la timpanometría (Berlín, 1978).

La segunda posibilidad a considerar es que el niño tenga una pérdida de oído progresiva. Merece la pena repetir la exploración audiométrica al cabo de unos meses si el comportamiento del niño continúa haciendo pensar en un oído pobre. Si no se pueden aplicar ninguna de estas dos explicaciones, entonces se puede pensar que el niño tenga un deterioro del aparato auditivo central.

El procesamiento del lenguaje implica la discriminación entre los estímulos transitorios con espectros complejos, existiendo evidencia en el estudio animal de que las

lesiones corticales dañan tales discriminaciones, pero las técnicas audiométricas convencionales todavía no evalúan esta habilidad, pues solo se le exige al niño que descubra si un sonido ha ocurrido o no. Desgraciadamente no hay ninguna prueba estandarizada no-verbal en niños, que pruebe las funciones de la audición. El diagnóstico de deterioro de la audición central a veces se hace en base a las respuestas de oído anormales que, en adultos, se conocen como indicativas de lesiones en la corteza auditiva. Éstos incluyen problemas de comprensión o en el filtro del lenguaje y dificultades en la integración de sonidos auditivos de las dos orejas (Jerger, 1964). Hay, sin embargo, peligros en el uso de pruebas que involucran estímulos del habla para diagnosticar el deterioro auditivo central en un niño con lenguaje pobre.

#### ***e. Valoración de la comunicación no-verbal***

En niños normales, la adquisición del lenguaje viene estrechamente ligado al desarrollo de otros aspectos del comportamiento simbólico y comunicativo. Así, antes de que las primeras palabras se produzcan, los gestos infantiles y la mirada realizan las funciones comunicativas para pedir o mostrar. El niño normal es muy sociable, consciente del interés en los otros y busca ganar la atención del cuidador siendo sensible a las respuestas comunicativas. La mayoría de los niños con dificultades en la utilización de la comunicación verbal la compensarán con el uso de métodos comunicativos no-verbales como son los gestos (el fracaso para esta compensación sugiere la posibilidad de un trastorno autista).

La mayoría de las valoraciones del lenguaje en los niños pequeños incluyen algunos ítems que tienen relación con el uso de la comunicación no-verbal.

#### ***f. Valoración de inteligencia no-verbal***

El desarrollo tardío del lenguaje es a menudo la primera señal de la advertencia de retrasos generales inexplicados en el desarrollo. Montgomery (1988) encontró que el retraso del lenguaje era un síntoma común en niños de 2 a 6 años que no tenían ningún síndrome identificable pero su CI estaba por debajo de 70. Es por consiguiente importante evaluar la inteligencia en cualquier niño que presenta con desarrollo tardío del lenguaje. Los mejores procedimientos para evaluar la inteligencia de niños con problemas del lenguaje son los que están libres de los efectos del trastorno del lenguaje. Así pues, La Escala de Inteligencia de Stanford - Binet (de Terman Merrill, 1960) no es adecuada, porque incluye muchos ítem que involucran el lenguaje expresivo y receptivo, mientras que los subtests de la escala del Wechsler (Wechsler, 1974, 1990) son más apropiados y estandarizados. Otras pruebas que se usan en este contexto son la Escala de Madurez Mental Columbia (Burgemeister et al. 1972), y las Matrices progresivas de Raven (Raven, 19631). Aunque estas pruebas usan instrucciones verbales, raramente plantean problemas en la comprensión de lo que se le requiere al niño. En niños pequeños con

problemas de comprensión severos puede preferirse una prueba que no involucre ninguna instrucción verbal. La escala Internacional de Rendimiento Leiter (Leiter, 1969) se diseñó para niños sordos, y se usa sin instrucciones verbales. Sin embargo aún faltan datos para la interpretación actual de los resultados estandarizados.

Puede aparecer cierta reticencia en algunos psicólogos para usar las pruebas de inteligencia con niños con daños en el lenguaje. Stark y Tallal (1981) muestran que 50 de 132 niños referidos como casos de lenguaje específico y trastornos del habla tenían CI no verbal inferior a 85, con lo menos 10 de estos por debajo de 60. Existía la creencia de que las habilidades innatas estaban enmascaradas por problemas del lenguaje. Sin embargo, estos niños no mostraron ninguna evidencia de habilidades latentes cuando se probó el uso de instrumentos estandarizados en poblaciones sordas. Parece que el CI no-verbal proporciona un diagnóstico útil y información del pronóstico.

## ESCALAS DE MEDIDA DE LA FUNCIÓN DEL HABLA Y EL LENGUAJE

### 1. Escalas de medida según la edad:

#### *a) Hasta los 3 años:*

Muchos niños menores de 3 años son reticentes a hablar en presencia de extraños, hecho que limita la habilidad de cooperación en pruebas de comprensión formal. Tradicionalmente, los pediatras han confiado en las estimaciones paternas referentes a unos hitos críticos conseguidos en el niño, pero recientemente ha habido descontento con tales índices globales, junto al reconocimiento de que el informe paternal retrospectivo es a menudo inexacto. Esto ha llevado a moverse hacia una valoración más detallada, donde los padres describen rasgos actuales del comportamiento comunicativo. Para ello hay quienes utilizan la **escala de valoración del lenguaje temprano (OLMO)**, diseñada por Coplan et al. (1982) la cual proporciona normas de desarrollo para un rango visual así como las habilidades de comunicación verbales en niños de 0 a 36 meses.

Más recientemente, la valoración comprensiva del lenguaje temprano del **Inventario del Desarrollo Comunicativo McArthur** ha estado desarrollado y estandarizado en niños que aprenden idiomas diferentes. Los padres verifican palabras que su hijo pronuncia y entiende, indicando el tipo de gestos y las acciones comunicativas utilizadas.

Coplan y Gleason (1988) notaron que pocos médicos son conocedores de la producción correcta del lenguaje, y muchos tienen dificultad en el reconociendo tardío o articulación no-convencional en niños pequeños. Ellos dirigieron un estudio donde se preguntó simplemente a los padres ¿Como era de claro el lenguaje de su hijo? Es decir, cuánto del lenguaje de su niño puede entender un extraño: (1) menos de la mitad; (2)



sobre la mitad; (3) los tres - cuartos; (4) todos o casi todos. Encontraron un aumento gradual en la inteligibilidad, siendo casi completa en el 25% de niños de 2 años y subiendo al 90% a los 4 años. Por ello se recomienda que debiera enviarse los niños que puntúan por debajo del centil 10 respecto al nivel de edad correspondiente al terapeuta del lenguaje para así poder realizar una evaluación detallada de éste. En la práctica, este criterio seleccionaría a cualquier niño que estuviera en menos del 50% inteligible en 22 meses, menos del 75% inteligible a los 37 meses, o totalmente inteligible a los 47 meses.

Aunque frecuentemente se dice que los padres son las mejores personas para evaluar la competencia del lenguaje del niño pequeño se requiere mucha cautela en este apartado. Muchos padres sobreestiman habilidades de comprensión verbales, porque el niño hace señales comunicativas no-verbales y usa correctamente el contexto para interpretar lo que se dice. Además, existen determinadas características paternas que se asocian al riesgo de trastornos del lenguaje.

La mejor manera de constatar el informe paternal es mediante la observación directa del funcionamiento comunicativo del niño con un adulto familiar en una escena natural. Esto no sólo proporciona la confirmación de lo que cuenta el adulto, sino que también puede indicar cómo el niño usa el lenguaje comunicativo, y cómo el adulto responde a estos esfuerzos comunicativos. Observando al niño simplemente con un padre en una sala de espera puede aportar una información relevante. Los vídeos caseros son otro de los recursos a nuestro alcance que pueden ser útiles.

### ***b) Niños de 3 a 6 años:***

Los niños de esta etapa tienen mayor disposición para los tests formales, por lo que es aconsejable pedir una valoración detallada del lenguaje al logopeda, aún así hay algunos procedimientos rápidos y simples que pueden ser usados por aquéllos especialistas con conocimiento lingüístico que permita conseguir una idea de cómo es la actuación del niño en relación a otros compañeros de su misma edad.

Siempre que hay indicación de retraso o desviación en el lenguaje expresivo o del habla, es necesaria la valoración más detallada del lenguaje e incluso de la comprensión. Si el objetivo principal es diagnosticar si el niño tiene o no un problema, será apropiado poner énfasis en pruebas estandarizadas que permitan comparar la actuación del niño con su grupo de edad. Si el objetivo es hacer un diagnóstico basado en los criterios diagnósticos del DSM-IV o el ICD-10, entonces sólo se necesitan evaluar tres aspectos de la función del lenguaje y habla: la articulación, el lenguaje expresivo y la comprensión.

Las pruebas globales que evalúan la función del lenguaje expresivo y receptivo no dan un mismo cuadro detallado de las habilidades del niño. Por ejemplo, algunos niños pueden obtener una puntuación baja en una prueba del lenguaje expresivo al elabora frases gramaticalmente simples cuando describen un dibujo; otros pueden usar términos

generales en lugar de los artículos del vocabulario específico; y otros pueden producir pronunciaciones que son sólo aplicable a una situación.

Un trastorno de comprensión puede darse por varias razones, por ejemplo, la dificultad de discriminar finamente el lenguaje, la falta de conocimiento del significado de palabras, la pobre memoria para las frases largas, la dificultad de entender pronunciaciones complejas gramaticalmente, o problemas en reflejar inferencias sobre lo que no se declara directamente.

### ***c) Niño alrededor de los 7 años o más:***

Una dificultad actual es la escasez de pruebas estandarizadas existentes que permitan la evaluación del niño escolar mayor. Una razón para ello es que el niño normal alcanza niveles techo en muchas pruebas a partir de los 5 o 6 años. Sin embargo, los aspectos más complejos de gramática y vocabulario aún han de ser dominados, al igual que pasa con la adquisición del lenguaje escrito.

La **Prueba para la Recepción de Gramática** (Bishop, 1989a) es una prueba de comprensión estandarizada útil para los niños escolares con comprensión de estructuras adquiridas más tardíamente, como las construcciones 'ni...no' y 'no sólo...pero también', así como frases con varios tipos de cláusula subordinada.

La **Prueba del lenguaje juvenil** (Hammill et al., 1980) está diseñada para evaluar el lenguaje de alto - nivel en adolescentes, exigiéndoles extraer el significado de textos largos, y contestar preguntas que implican la realización de inferencias.

## **2. Dificultades en la valoración de niños con trastorno del lenguaje y habla.**

### ***a) Test de CI:***

No nos hemos de dejar llevar por la confianza de los resultados de las pruebas de CI para establecer la habilidad del lenguaje, pues las pruebas de CI Verbales se preocupan predominantemente en probar el razonamiento y conocimiento verbal del niños, siendo insensibles a deterioros gramaticales o al uso anormal del lenguaje. Aunque muchos niños con trastorno del lenguaje tienen un CI verbal relativamente bajo, este no es necesariamente el caso (Cohen et al., 1989; Haynes y Naidoo, 1991).

### ***b) Exploración del significado:***

Algunos niños pequeños usan lenguaje, en apariencia, con sonidos sumamente sofisticados, incorporando vocabulario y frases que normalmente se encuentran sólo en la

conversación del adulto. Es fácil caer en la trampa de determinar que ese lenguaje no es problemático para esos niños. Sin embargo, el niño puede tener base para el aprendizaje por imitación pero realmente su lenguaje formal puede ser reducido, reproduciendo estructuras imitativas pero de las que carece del significado global.

Las pruebas de comprensión revelarán deterioros significativos. Por ejemplo, según el tipo de lenguaje que muestre haría pensar en un diagnóstico de trastorno del pensamiento, pero más allá puede indicar que el niño no ha entendido el significado de relacionantes simples tal como 'el porqué' y 'el pero', usando éstos intercambiabilmente para unir oraciones.

***c) Observación clínica y ignorancia de pruebas estandarizadas:***

Con frecuencia, expertos que regularmente ven a niños con trastornos del lenguaje encuentran difícil estimar el lenguaje de un niño respecto al nivel de su grupo de edad simplemente en base a la observación informal. Es posible que la confianza en la observación clínica lleve a la sobrestimación de las habilidades del lenguaje en el niño, de allí la importancia del contraste y constatación con pruebas estandarizadas.

***d) Pruebas regularizadas solamente y ignorancia de la observación clínica:***

Algunos niños con daño en el lenguaje, especialmente los más grandes con rasgos clínicos de síndrome semántico - pragmático pueden realizar muy bien una valoración formal, pero revelan dificultades en la comunicación en situaciones más abiertas como la conversación. Las pruebas estandarizadas son importantes, pero deben complementarse con otra información sobre cómo el niño usa el lenguaje en interacciones cotidianas.

***e) Uso de pruebas traducidas sin re-estandarización:***

No existe ninguna prueba estandarizada para evaluar la competencia verbal de los niños testada para usar versiones traducidas en otros idiomas. Así pues, el uso de ellas es un procedimiento peligroso, debido a las diferencias que existen entre los idiomas.

La re-estandarización en la población nativa es esencial. Es preferible no tener ningún índice cuantitativo de comprensión que dar una impresión de exactitud por mal uso de las normas del otro idioma.

***f) Valoración inadecuada del lenguaje, lenguaje y oído niños CI bajo y/o síndrome clínico.***

Algunos clínicos parecen perder el interés una vez las habilidades del lenguaje del niño tienen una explicación diagnóstica fuera del deterioro específico del lenguaje. Sin

embargo, aquéllos cuyos problemas del lenguaje ocurren en el contexto de otros trastornos crean más preocupación que aquéllos con dificultades más selectivas. Hecox (1982) notó que un cromosoma produce rasgos anormales en la estructura dismórfica, cosa que hace tomar una tendencia a asumir que el niño es mentalmente retardado y esto se da como explicación adecuada para el retraso en el lenguaje. Sin embargo, muchos de esos niños, incluyendo aquéllos con síndrome de Down, tienen un alto riesgo para la pérdida de oído periférico, que debe ser atendido y valorado como posible perturbador del lenguaje. Además los niños con paladar izquierdo tienen un tipo de enfermedad de la oreja que puede afectar su habilidad articulatoria.

La presencia de una base física para un trastorno del lenguaje no excluye la posibilidad de dificultades del lenguaje adicionales, al contrario, los dos tipos de trastornos frecuentemente coexisten. Es por ello importante, evaluar las habilidades del lenguaje que tengan pruebas de comprensión que no involucren el lenguaje para cualquier niño que presenta dificultad de lenguaje. Los niños con parálisis cerebral con impedimentos físicos severos pueden sugerir un diagnóstico mayor. En un niño con control motor limitado y sin lenguaje, puede ser difícil establecer si el problema es puramente de anartria o disartria, con habilidades del idioma subyacentes intactas, o si hay dificultades más generales de comprensión del lenguaje. Hay suficientes casos documentados de sobreestimación del potencial cognoscitivo y lingüístico de individuos muy impedidos como para poder confiar solo con las impresiones iniciales.

## DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

### 1. Identificación del deterioro del lenguaje:

El primer problema para aquéllos que desean aplicar el criterio diagnóstico expuesto en el DSM-IV o el ICD-10 es el cómo cuantificar el lenguaje y habla respecto a la edad del niño. Un niño de tres años puede decir 'el bato' por 'el gato', 'poeta' por 'pelota' sin que se considere que tiene un trastorno, pero si daría causa de preocupación si éste persistiera hasta los 6 años. Estos ejemplos están bastante claros, pero qué pasa cuando el niño todavía está diciendo 't' por 'k'. En países angloparlantes hay una guía amplia de datos de investigación. Sin embargo, otros idiomas contienen sonidos y construcciones gramaticales diferentes y en muchos casos poco es conocido sobre los modelos animales de adquisición. En países donde no existe ninguna prueba estandarizada conveniente, la evaluación del comportamiento verbal ofrecido por el DSM-IV y el ICD-10 hace que se identifiquen los niños por debajo de los niveles de edad esperados. Donde pruebas estandarizadas están disponibles, éstos tienen la base para cuantificar la anormalidad del lenguaje en relación al grupo de edad. Es una práctica común convertir los resultados en edad equivalentes que permiten encontrar la edad promedio obtenida.

La anormalidad estadística de un retraso de lenguaje en una edad cronológica

varía según la prueba. Para niños de dos años la diferencia entre edad lingüística y edad cronológica puede parecer un problema severo, pero para muchas pruebas del lenguaje de uso común, semejante diferencia no es nada raro en la población normal.

Se puede evitar este problema usando pruebas de lenguaje estandarizadas para identificar a niños cuyos resultados son estadísticamente anormales. Sin embargo, si confiamos en una definición estadística del trastorno, creamos un nuevo dilema, porque entonces el predominio del trastorno permanecerá constante en edades diferentes y culturas diferentes. Uno puede, por ejemplo, alarmarse al oír que algunos estudios encuentran un 16% de niños con trastorno y deterioro del lenguaje. Sin embargo, si la presencia del trastorno se define en términos del niño que anota 1 desviación típica por debajo de la población, entonces ésta es exactamente la figura de predominio que uno quiere obtener y permanecerá el mismo aun cuando el nivel del lenguaje de la población entera aumente drásticamente. En el ICD-10 se considera que los niños más grandes muestran mejora progresiva y esto implica que el diagnóstico del lenguaje específico y el trastorno del habla puede ser apropiado en niños cuyos resultados en las pruebas estén en el rango normal, pero quiénes previamente tenía dificultades particularmente severas con un modelo anómalo de funcionamiento lingüístico.

## 2. Distinción entre retrasos específicos y retrasos más generales:

Es bastante fácil identificar casos de impedimento mental severo donde el habla y las habilidades no-verbales están por debajo del nivel de edad, pero hay mayor dificultad al hacer un diagnóstico cuando un niño con dificultades del lenguaje tiene una inteligencia no-verbal que se sitúa por debajo del nivel de edad pero no en el rango mentalmente impedido. Esta es una situación muy común. Varios estudios longitudinales han encontrado que las puntuaciones en las pruebas de CI no-verbales son dos a tres veces más bajas en niños con logros del lenguaje pobres. Por ejemplo, en un estudio con niños de 7 años (Silva et al., 1984), 57 de 827 niños fallaron en la prueba de articulación. El 10% estaban mentalmente impedidos, es decir, con CI menor de 70 y el 33% tenían CI entre 76 y 89.

Estos niños estarán incluido como casos de trastorno del desarrollo específico del lenguaje según la definición que adoptemos. Algunos usan un punto de corte, en donde el niño debe lograr algún nivel mínimo de habilidad no-verbal (Ej. un CI de 70) para determinar el criterio de diagnóstico. Sin embargo, esto conlleva dos problemas. Si el punto de corte fijo es relativamente bajo, hay peligro de incluir niños que no parecen tener una diferencia sustancial entre el funcionamiento verbal y no-verbal. Para reflejar este problema podemos tomar un caso extremo: podríamos incluir un niño con un CI no-verbal de 71 y una puntuación verbal de 69. Sin embargo, si el punto de corte fijo fuera más alto, entonces excluiríamos casos donde un niño con un CI no-verbal bajo tiene un problema severo del lenguaje que es compatible con funcionamiento global, por ejemplo un niño de



8 años con un CI no-verbal de 75 que es totalmente mudo.

El criterio diagnóstico actual en el DSM-IV y el ICD-10 evita tales problemas cuando se diagnostica el trastorno específico del lenguaje en términos de la desigualdad entre habilidades verbales y no-verbales, independiente del nivel de habilidad no-verbal. Sin embargo, en ningún esquema de diagnóstico preciso especifica cómo se cuantifica la desigualdad verbal y no-verbal dejando que se interprete la definición según el juicio individual.

Es posible usar la correlación entre prueba verbal y no-verbal para estimar la diferencia entre las dos puntuaciones que son estadísticamente anormales. Según los datos usados por Silva (1987), podemos calcular que alrededor del 6% de los niños se espera que obtengan unos resultados por debajo de una desviación estándar en el Test de desarrollo del lenguaje de Reynell en relación al CI obtenido en el Test de Wechsler para niños. Con el actual estado de conocimiento, una regla útil para decidir cuándo hay un deterioro del lenguaje significativo discordante con el CI sería el que el niño debe obtener una puntuación en una prueba de lenguaje por lo menos 2 desviaciones estándar por debajo del normal, con una puntuación de CI por lo menos 1 desviación estándar el lenguaje.

En muchos países el volumen de recursos educativos especiales se dirige a niños que muestran habilidades no-verbal normales, cuando otros niños con niveles similares de trastorno del lenguaje pueden estar recibiendo una pequeña ayuda del especialista, porque tienen pobres medidas no-verbal. Esta diferencia podría justificarse si los niños con trastorno del lenguaje específico demostraran ser cualitativamente diferente de aquéllos con dificultades más globales, aunque esto no ha sido demostrado todavía.

### **3. Pérdida o trastorno del lenguaje:**

Para aprender el lenguaje hablado, se ha de poder oír. Los niños con pérdida de oído congénita profunda (más de 90dB) tienen gran dificultad para el aprendizaje del lenguaje hablado, incluso cuando (excepcionalmente) hay uso de audífonos. Leer los labios no puede proporcionar la misma información que el escuchar pues muchos sonidos (como m, p y b) son visualmente indistinguible. No se puede desviar el deterioro de oído simplemente enseñándole al niño a leer si el niño no tiene habilidades de lenguaje adecuadas para apreciar lo que la forma escrita refleja. Según el grado de pérdida de oído será mayor la probabilidad que el niño tenga un discurso inteligible, tenga éxito al leer los labios, muestre evidencia de usar el discurso interior y adquiera habilidades de lectura funcionales (Quigley, 1978; Conrad, 1979).

La falta de conocimiento preciso sobre la relación entre la pérdida de oído menos severa y el deterioro del lenguaje significa que habrá necesariamente un grado de

subjetividad en la decisión de si un trastorno del lenguaje observado puede atribuirse o no al deterioro del oído. La mayoría de los niños designados como déficit parciales del oído tienen déficits verbales y muchos autores sostienen que las pérdidas apacibles pueden tocar incluso a una parte del lenguaje causando dificultades. En general, no es razonable atribuir dificultades del lenguaje a la pérdida conductiva de oído asociada con otitis media, excepto cuando la condición es crónica y incesante. La edad de la pérdida de oído es importante. Incluso unos años de oído normal en la vida temprana puede representar una gran diferencia en el desarrollo del lenguaje del niño.

#### **4. Diferencia entre deterioro del lenguaje específico y el trastorno autista**

El ICD-10 especifica que los niños con trastorno del lenguaje específico, muestran reciprocidad social normal, juego simbólico normal, el uso de los padres para el consuelo, el uso normal de gestos, apreciándose deterioros sólo en comunicación no-verbal. En contraste, las dificultades del lenguaje en niños autistas son parte de un amplio deterioro social afectando a la comunicación no-verbal así como verbal. A edad temprana, los niños autistas no usan los gestos y modelos de mirada para establecer la atención conjunta con otros.

Hay también varias características del propio lenguaje que distingue los dos tipos de trastorno, como ha demostrado Bartak et al. (1975) en un estudio que compara a niños afásicos y autistas receptivos. Rasgos del lenguaje identificados por valoraciones formales no distinguen claramente los dos grupos.

Aunque existen diferencias claras entre los grupos bien definidos de niños afásicos autistas y receptivos, esto no significa que los límites de diagnóstico estén claros. Bartak et al. (1977) encontraron que algunos niños en su estudio comparativo o no podían ser clasificados como autista o disfásicos, porque su comportamiento y lenguaje no se encontraban entre estas dos categorías. Bishop (1989b) sugirió que el trastorno autista y el trastorno semántico - pragmático pueden estar en un continuo. En ambos trastornos hay anormalidad de extensión y uso del lenguaje, pero los niños autistas tienen deterioros comunicativos que son más severos y más extensos.

#### **5. Afasia epiléptica adquirida (síndrome de Landau - Kleffner)**

En 1957, Landau y Kleffner describieron una forma rara de trastorno del lenguaje receptivo en el que había deterioro en las habilidades del lenguaje previamente adquiridas asociadas con anomalías de EEG, y en algunos casos, convulsión. Al principio puede pensarse en problemas de comprensión profundos y en niños sordos. El inicio normalmente está entre las edades de 3 y 6 años, y puede ser gradual o agudo. El EEG puede revelar ondas punta en los lóbulos temporales, sobre todo durante el sueño. En algunos casos, hay fluctuaciones en la severidad del deterioro del lenguaje, normalmente,

asociada con actividad convulsiva subyacente.

En términos de clasificación, este trastorno está incluido entre los trastornos del desarrollo adquiridos. El ICD-10 incluye la afasia epiléptica adquirida entre el trastorno del desarrollo del lenguaje, aunque la naturaleza del trastorno sugiere estar incluido en un trastorno adquirido. Sin embargo todavía ha de ser identificado un agente causal específico siendo diferente el pronóstico a otros trastornos del lenguaje adquiridos en la infancia. Muchos niños que tienen el inicio por debajo de los 5 años tienen problemas severos de comprensión que persisten en la madurez y pueden entender sólo, un vocabulario hablado reducido de una persona familiar, a pesar de años de esfuerzo terapéutico. Aunque hay casos excepcionales de recuperación, es común encontrar que la medicación anticonvulsionante tenga éxito normalizando el EEG sin mejora correspondiente en el funcionamiento del lenguaje (Deonna, 1991).

Puede haber dificultades para distinguir el trastorno de afasia epiléptica adquirida cuando existe una historia de regresión, sobre todo, en el caso del ataque autístico tardío. Sin embargo, en los casos clásico de afasia epiléptica adquirida el deseo de comunicarse se mantiene y el niño es sensible socialmente conservando las habilidades no-verbales.

## **6. Trastornos de producción del lenguaje:**

Hablando comúnmente, a menudo se tratan los términos de lenguaje y habla como sinónimos, pero el uso más preciso restringe el significado del habla como la actividad de articulación de los sonidos del lenguaje, considerando que el lenguaje se refiere a la comunicación de pensamientos mediante el uso de unidades significantes combinados de una manera sistemática. Los problemas de producción física del habla incluyen trastornos estructurales o funcionales que afectan la lengua, los labios y el paladar, trastornos de la voz causados por enfermedad o tensión de las cuerdas vocales, y ruptura de la secuencia fluida del rendimiento del lenguaje, es decir el trastorno de fluidez.

### ***a. Anomalías estructurales y neurológicas del aparato del habla***

Una pregunta de interés clínico es cómo las dificultades futuras del habla en niños pequeños aparentemente normales pueden ser causadas por anomalías estructurales menores de la articulación. Antiguamente, era común operar a los niños con un frenillo corto. La efectividad de este procedimiento nunca se ha evaluado adecuadamente, entrando en desuso, con el aumento del conocimiento de que las proporciones físicas articulatorias son características pobres predictoras del habla, incluso en niños con desproporción del aparato articulatorio (Peterson-Falzone, 1982).

El término disartria abarca deterioros del habla que se producen por causas anatómicas y neurológicas, pero en la práctica su uso se restringe a menudo a

dificultades del habla causadas por deterioro neurológico. Bronn (1985) proporciona una revisión comprensiva de las condiciones neurológicas que pueden causar disartria en niños y pueden indicar cómo el nivel de la lesión determina el alcance y naturaleza del deterioro motor que muestra.

### ***b. Trastornos de la voz***

Una voz áspera o ronca puede ser indicativa de un proceso de enfermedad subyacente, pero también puede interpretarse como la consecuencia de un abuso vocal, es decir gritar excesivamente o toser. En casos extremos, los crecimientos benignos (nódulos vocales) puede desarrollarse en los márgenes de los pliegues vocales. Aunque no amenazan la vida, tienen consecuencias adversas para el funcionamiento pudiendo ser necesaria la supresión quirúrgica. Los padres de niños con nódulos vocales informan que estos muestran una propensión defensiva, poniéndose nerviosos cuando las cosas no van a su manera, desobedecen hasta amenazan y se quejan de la injusticia de los otros. Tienen a menudo relaciones pobres con sus compañeros y tienden a ser distractibles e inmaduros.

### ***c. Trastorno de fluidez***

El tartamudeo se diagnostica cuando hay una perturbación en el ritmo del discurso, con vacilaciones, prolongaciones y repeticiones de sonidos en palabras cortas. Durante muchos años se pensó que el tartamudo reflejaba impulsos emocionales antagónicos (Meyer, 1945). Según la escuela cognitiva, el tartamudeo a largo plazo puede ser causado por un desarrollo impropio de la fluidez, aunque los adultos presten más atención y intenten corregir el discurso del niño.

Algunos programas de tratamiento contemporáneos intentan tratar el tartamudeo indirectamente, modificando la actitud del niño y la familia hacia el trastorno. Sin embargo, los estudios genéticos han demostrado factores hereditarios altos para el tartamudeo y han sugerido que, aunque el ambiente familiar puede afectar en alguna parte del curso del deterioro del trastorno, los factores constitucionales juegan un papel significativo en la etiología (Kidd, 1980).

### ***d. Mutismo selectivo (electivo)***

De vez en cuando se remiten niños porque han dejado de hablar (mutismo), habiendo producido previamente un lenguaje normal o casi normal. En este caso se han de considerar dos alternativas bastante diferentes: (1) la pérdida de la habilidad del habla ha sido consecuencia de una patología orgánica del cerebro (afasia adquirida); o (2) la habilidad del habla no ha cambiado pero su uso se ha dañado como resultado de una perturbación socio-emocional. Este segundo caso hace pensar en un mutismo selectivo o

electivo y se refiere a una condición psiquiátrica en la que el niño puede hablar, pero tan sólo lo hace en presencia de un grupo íntimo. Ambos tipos de trastornos aparecen durante los años preescolares y requieren formas bastante diferentes de tratamiento, siempre de acuerdo con la realización del diagnóstico diferencial.

Puede pensarse que el diagnóstico diferencial de afasia es fácil porque la patología cerebral es lo bastante severa para causar perturbación del lenguaje al igual que también debe producir evidencia clara de deterioro neurológico. Sin embargo, esto no siempre es así, sobre todo en el caso de la afasia epiléptica adquirida, donde una base orgánica puede ser difícil de demostrar. El diagnóstico diferencial se hace en base a dos rasgos clave que separan el mutismo selectivo de la afasia. En la afasia, la pérdida de discurso es evidente en todas las situaciones. En cambio, en el mutismo selectivo, el fracaso para usar el discurso se da en situaciones específicas y está intacto cuando hay unas circunstancias sociales con características particulares. Normalmente, los niños con mutismo selectivo hablan cuando están solos con sus amigos, y a veces con sus padres, pero no en la escuela, en situaciones públicas o con extraños. En la afasia, los problemas se extienden más allá del uso del lenguaje hablado dañándose en muchos casos la comprensión del lenguaje pudiendo mostrar pérdida de habilidades de alfabetización en niños mayores. En cambio, los niños con mutismo selectivo mostrarán competencia en el lenguaje hablado en ciertas situaciones (esto puede ser confirmado consiguiendo que la familia grabe conversaciones en situaciones donde el niño habla, o por observaciones a través de un espejo), no mostrando ningún deterioro de comprensión, lectura o escritura. Si se presta una atención cuidadosa a estos dos rasgos clave, normalmente no hay dificultad para hacer la distinción.

No es raro que aparezca un rechazo inicial para hablar cuando los niños empiezan la escuela. Este fenómeno es particularmente común entre inmigrantes que aprenden un nuevo idioma. Sin embargo, este rechazo inicial casi siempre remite sin la necesidad de intervención. El mutismo selectivo persistente (más de 6 meses por lo menos) es mucho más raro, con una proporción de sólo aproximadamente 0.7 por 1000.

Aunque la selectividad en el uso del habla es un rasgo distintivo que se requiere para el diagnóstico, el deterioro del habla/lenguaje, la inmadurez del desarrollo y el deterioro cognoscitivo constituyen factores de riesgo importantes, y es importante que la comorbilidad con un trastorno del desarrollo del lenguaje no se pase por alto. No es sorprendente que niños con ausencia de habilidad lingüística se muestre ansioso al hablar en situaciones públicas. Además, es común en niños con mutismo selectivo mostrar comportamiento negativista o temperamental, timidez, o tendencias oposicionistas, pobres relaciones con los compañeros y aislamiento social. A menudo las familias no muestran ningún rasgo raro, pero la sobreprotección maternal parece ser relativamente común.

Los informes sobre el curso y resultado son bastante contradictorios. El pronóstico



es excelente en el síndrome más frecuente de rechazo a hablar al empezar la escuela, pero la larga prolongación de los casos de mutismo selectivo pueden ser bastante difíciles de tratar. Sluckin et al. (1991) sugirió que el tratamiento del comportamiento individual usando técnicas de cambio gradual o refuerzo eran muy eficaces, pero su estudio, no constituyó un ensayo controlado y la conclusión debe ser provisional. Algunos niños continuaron mostrando un grado de mutismo selectivo que continuó durante algunos años; esto ocurría a menudo cuando había una marcada psicopatología familiar.

## 7. Deterioro del lenguaje en la distrofia muscular de Duchenne

La separación entre la habilidad del lenguaje y la inteligencia no-verbal está bien documentada en la distrofia muscular de Durhenne, aunque no se entienda totalmente el mecanismo. Es importante ser consciente de esta asociación, porque el retraso del lenguaje, asociado con torpeza motora, puede ser el primer síntoma presentando (Kaplan et al., 1986) y fracasar al hacer a un diagnóstico correcto.

## PREVALENCIA DEL DETERIORO DEL LENGUAJE ESPECÍFICO

El tema de prevalencia va de la mano del problema de diagnóstico. Esto queda ilustrado si consideramos un estudio longitudinal dirigido por Fundudis et al. (1979). Estos autores siguieron a un grupo de niños que habían sido vistos originalmente a la edad de 3 años como parte de la muestra del Estudio de Desarrollo del niño de Newcastle (Neligan Prudham, 1969). En el estudio original, los datos normativos en hitos del lenguaje fueron evaluados y los padres informaron de un 3% de los niños con dificultad para encadenar palabras alrededor de los 36 meses de edad. Fundudis et al. siguieron a los niños que no habían logrado este hito y habían comparado su progreso con el grupo control. La muestra se subdividió en aquéllos cuyo retraso del lenguaje era secundario a otros deterioros mayores, y aquéllos sin otra anomalía. La prevalencia de retraso global del lenguaje fue del 3%, siendo el criterio para determinar un trastorno del desarrollo del lenguaje por debajo del centil 3. Sin embargo, sólo para un niño de la muestra se juzgó que tenía un problema bastante serio para merecer el diagnóstico de disfasia severa del desarrollo. Si aceptamos que este niño es el único de la muestra que merecería un diagnóstico clínico, entonces esto da una estimación de prevalencia de 1 por 3000 (que es, sin embargo, una estimación muy inestable, pues está basada en un solo caso). Había otros muchos niños que se encontraron por debajo del centil 3, en la ausencia de cualquier otro trastorno conocido. Si consideramos a esos niños como casos de trastorno del desarrollo del lenguaje, obtenemos una estimación de prevalencia de alrededor del 2%.

Así como se ha reflejado que las proporciones de prevalencia dependen de la definición, este estudio demostró los peligros de igualar anomalía estadística con importancia clínica. Sólo 11 niños con retraso del lenguaje residual habían recibido alguna

terapia del lenguaje. Aunque es posible que la falta de intervención se debió en parte al aporte de una inadecuada terapia del lenguaje, parece que en muchos casos estos niños no se consideraron como causa de preocupación. El desarrollo del lenguaje temprano de estos niños estaba por debajo del promedio en términos estadísticos. Sin embargo, ésta es una lógica peligrosa, pues significa que podemos estar defendiendo tratamiento para una proporción constante de niños, sin tener en cuenta si sus dificultades verbales son lo bastante severas para interferir en la vida diaria y/o los logros académicos (et. DSM-IV). Necesitamos mejores maneras de identificar a niños cuyos deterioros del lenguaje son verdaderamente determinantes. No es posible dar estimaciones de prevalencia para estos trastornos pero parece claro que estarían por debajo de los 15-25% según la información facilitada por algunos estudios recientes (Ej. el Beitchman et al., 1986).

## **PRONOSTICO EN EL DETERIORO DEL LENGUAJE ESPECÍFICO**

Sabemos que en la población normal hay variabilidad considerable en las edades de hitos de desarrollo, y puede haber desigualdades bastante sustanciales entre aspectos diferentes de maduración. Por ejemplo, algunos niños que tienen un desarrollo normal pueden llegar muy tarde al inicio de la pubertad. Parece razonable suponer que habrá algunos niños que muestran un retraso similar en el desarrollo del lenguaje, no debido a un trastorno subyacente sino que simplemente ellos constituyen el extremo de la cola de una distribución normal del desarrollo del lenguaje. Se esperaría que después de un inicio lento se desarrollaran normalmente, no siendo un foco de preocupación de los terapeutas. Esta distinción entre el retraso y aquéllos con verdaderos trastornos a veces se consideran como un contraste entre retraso del lenguaje (correspondientes a la cola de la distribución normal) y trastorno del lenguaje. Esta distinción es bastante fácil conceptualmente, pero el problema está en cómo distinguir estos subgrupos en la práctica. En el ICD-10 se sugiere la utilización de cuatro criterios que proporcionan una indicación clínica significativa del trastorno, a saber la severidad, curso, modelo y presencia de problemas asociados. En términos de modelo de problemas, se sugiere a menudo que el niño con retraso se parecerá a un niño normal más pequeño, considerando que el niño con trastorno tendrá un lenguaje que no corresponde a cualquier fase normal del desarrollo. Además, se espera que el niño con retraso del lenguaje siga un curso normal, considerando que el niño con trastorno podría mostrar dificultades tempranas en el desarrollo.

La aprobación empírica de estas ideas sólo se han propuesto recientemente. Thal et al. (1991) investigó a 10 niños que puntuaron por debajo del centil 10 respecto a la producción normal del lenguaje entre los 18-32 meses. Seis de estos niños se situaron dentro del rango normal para su edad cuando fueron visto después de 12 meses. El factor principal que distingue aquéllos con problemas transitorios y persistentes era el nivel de comprensión: el retrasado tenía todos los niveles normales de comprensión del lenguaje

en la primera evaluación. Otros investigadores han prestado atención en niños en los que se restringen déficits del lenguaje expresivo. Fischel et al. (1989) estudió un grupo de niños de 2 años que tenía un retraso sustancial en el lenguaje expresivo, pero con comprensión y habilidad no-verbal normal. Cinco meses después del diagnóstico inicial, todos los niños alcanzaron una mejora en la escala de vocabulario expresivo, encontrándose que uno de tres se situó en el rango normal, uno de tres todavía mostraba un daño notable y el resto era intermedio. Estos autores concluyeron que para los niños con vocabulario expresivo de 8 palabras o menos a los 2 años de edad es improbable la llegada a una mejora espontánea, pero consideran que aquéllos con vocabulario más extenso normalmente mejoran.

Un reciente estudio realizado por el mismo grupo confirmó el pronóstico generalmente bueno en el retraso del lenguaje expresivo específico. A un grupo de 27 niños que habían sido diagnosticados como casos de retraso del lenguaje expresivo específico a los 2 o 3 años de edad, se les pasó una batería de pruebas del lenguaje. Independiente de si los niños habían iniciado o no un programa de tratamiento, se observó la mejora progresiva con la edad y en la inmensa mayoría de niños desaparecía el problema alrededor de los 5 años. Estos resultados contrastan con el trabajo reciente de Rescorla y Schwartz (1990), que estudiaron una muestra de niños de 2 años con comprensión y inteligencia normal que estaban por debajo del nivel de edad en una medida de lenguaje expresivo cuando fueron observados. Al llegar a los 3-4 años, más de la mitad todavía tenía problemas expresivos mayores, con puntuaciones en estructura del lenguaje por lo menos de 1,5 desviación estándar debajo de su nivel de edad. La mayoría de estos niños tenían vocabulario expresivo de 8 palabras la primera vez que se evaluaron. Rescorla y Schwartz defendieron que pueden persistir déficits expresivos en niños con retraso del lenguaje, extrañándose que en otros estudios no fuera adecuadamente medida la estructura del lenguaje.

El estudio longitudinal realizado por Bishop y Edmundson (1987a) mostró que casi la mitad de una muestra de niños de 4 años con deterioro del lenguaje específico alcanzó a su grupo de compañeros, manteniéndose hasta los 8 años de edad. No surgió ninguna diferencia cualitativa en déficits del lenguaje entre niños cuyos problemas se resolvieron y aquéllos cuyos problemas persistieron, aunque los deterioros iniciales del último grupo eran más severos y más probables que incluyeran problemas de comprensión significativos.

Una pequeña cantidad de investigaciones se han preguntado si es pertinente proponer que el retraso y el trastorno del lenguaje son etimológicamente distintos. Bishop y Edmundson (1987b) no encuentra ninguna diferencia en frecuencia etiológica potencial entre niños que tenían dificultades del lenguaje persistentes y aquéllos que mejoraron. Por otro lado, Whitehurst (1991) obtuvo alguna evidencia circunstancial que apoya una distinción entre el retraso del lenguaje temprano y el trastorno. En contraste con los

estudios de niños mayores con daño en el lenguaje, no se encuentra ninguna indicación de una historia familiar de problemas del lenguaje con retrasos expresivos específicos.

Las implicaciones de estos estudios en la práctica clínica muestran que parece razonable un pronóstico optimista para los niños de 2 años con retraso del idioma expresivo con inteligencia y comprensión normal. Según los estudios longitudinales y familiares, los datos obtenidos por Whitehurst sugieren que el retraso del lenguaje es distinto al tipo de trastorno más persistente. En niños menores de 27 meses, las dificultades del lenguaje no ha de ser causa de preocupación excepto donde haya problemas de comprensión o donde el vocabulario expresivo se retrasa severamente (alrededor de 8 palabras o menos). Deben supervisarse cuidadosamente todos los niños cuyos vocabularios expresivos consisten en menos de 50 palabras a los 24 meses. Si un niño todavía está por debajo de los límites normales a los 30 meses, entonces los datos de Rescorla y Schvartz sugieren que la consecución espontánea no es probable, y puede ser apropiado comenzar algún tipo de intervención.

Los datos de Bishop y Edmundson (1987a) distinguen a niños de 4 años que crecerán fuera de sus dificultades de aquéllos a los que probablemente les persistirá el problema. En general, niños que son capaces de relatar la esencia de una historia simple que han oído, aunque usen un lenguaje simple, es predecible un buen resultado, considerando que aquéllos que no dan cuenta del relato tienen un pronóstico más pobre. Los problemas fonológicos aislados normalmente se resuelven alrededor de los 5 años, pero aquéllos que ocurren en asociación con otras dificultades del lenguaje tienen un resultado más grave.

## **1. Resultado a largo plazo del trastorno del lenguaje**

Un estudio realizado por Griffiths (1969) mostró que tres cuartos de los 49 niños que habían asistido a una escuela residencial especializada en el lenguaje (la John Horniman School) tenían el nivel de discurso y lenguaje dentro de los límites normales cuando llegaron a la edad de 7-16 años, pero muchos tenían dificultades educativas. El mejor resultado se encontró en aquéllos que tenían dificultades predominantemente del discurso, y el más pobre para aquéllos que tenían el función auditivo anormal y con problemas de comprensión.

Otro estudio reciente en una escuela residencial inglesa (Escuela de Casa de Alba), proporciona una riqueza de datos sobre el resultado de los niños con un rango diferente de discurso y trastorno del lenguaje. Se administraron pruebas de lenguaje estandarizadas a niños que dejaban la escuela a los 13 años y se combinaron resultados para dividir a los niños que había una adecuada comprensión del discurso en las interacciones cotidianas con otros, y aquéllos en que persistían problemas que interferirían la comunicación. Alrededor de dos - tercios de los niños estaba funcionando



dentro de los límites normales para la comprensión del lenguaje y habla cuando dejaron la escuela, y simplemente la mitad fue valorado con un funcionamiento adecuado en términos de producción del lenguaje. De 118 escolares, 62 podían reunirse normalmente con sus compañeros, entendían instrucciones de clase, se expresaban coherentemente y participaban lucrativamente en la educación normal. Sin embargo un 40% de niños todavía tenían notables problemas de lenguaje cuando pasaron de su escuela especial, normalmente después de varios años de terapia intensiva y educación. Posteriormente, se ha dirigido un seguimiento extenso con 34 ex - alumnos que habían alcanzado la edad de 18 años. En él se obtuvo información en la mayoría de los casos por entrevista telefónica con el ex - alumno o el padre. En sólo 3 casos se expuso que no había ningún problema residual del lenguaje hablado o escrito. Las dificultades de las que se informaron incluían los problemas en la pronunciación de palabras largas, dificultad rellenando formularios y usando el teléfono, y dificultad en seguir películas. A pesar de estos problemas, la mayoría de ellos tenían trabajo, con sólo 3 que no habían tenido ninguna experiencia real de empleo estable.

Otros autores encontraron un pronóstico pobre a largo plazo para los trastornos receptivos del lenguaje. Siguieron una muestra estudiada por Cantwell et al. (1989) cuando tenían 20 años. Sólo la mitad de ellos tenía habilidades interactivas normales. La mitad mostraban un uso anormal de la prosodia (es decir el diapasón y tono de discurso), aunque estos problemas eran mucho menos marcado que aquéllos comparados con un grupo de individuos con autismo. Sólo un tercio de la muestra estaba independizado de la familia, y un tercio había tenido en empleo pagado continuo.

## **COMORBILIDAD**

### **1.Trastornos emocionales y del comportamiento**

Se ha documentado extensamente la asociación entre los problemas del lenguaje y los problemas del comportamiento. Autores como Stevenson y Richman (1978) dieron cuenta de un predominio del 58 % de problemas del comportamiento en niños con desarrollo tardío del lenguaje comparado con un 14% en una muestra al azar de entre 705 niños de tres años. En un estudio epidemiológico con niños canadienses de 5 años, se identificaron 142 casos de trastorno del lenguaje y habla comparados con su grupo normal de desarrollo. La frecuencia estimada del trastorno psiquiátrico usando los criterios diagnósticos del DSM-III son de un 49% en aquéllos con trastorno del lenguaje, comparado con el 12% control. El trastorno por déficit de atención se diagnosticó en un 30% de esta muestra. Sin embargo, ninguno de estos estudios distinguió entre el lenguaje específico, el trastorno del lenguaje y otros tipos de problema, no pudiéndose decir si las asociaciones con perturbación psiquiátrica representaron causas correlativas específicas de deterioro del lenguaje, o si eran una función del desarrollo tardío. Los únicos estudios que se concentran en niños cuyas dificultades del lenguaje no son atribuibles a un bajo



CI, se encuentran en la base clínica, siendo este ámbito susceptible a valorar pues es más probable que los padres busquen ayuda si el niño con problema lingüísticos también manifiesta dificultades del comportamiento. Este hecho puede afectar en el cálculo de la prevalencia del trastorno. No obstante, aunque tales estudios puedan sobrestimar el predominio de la población de trastornos psiquiátricos entre los niños con problema lingüísticos, nos dan información útil aquéllos que ven a los niños en situaciones clínicas, porque se nos muestra que una proporción alta de trastorno psiquiátrico se encuentra en tales casos.

Cohen et al. (1989) evaluaron el discurso y el funcionamiento del lenguaje en 37 niños que asistían a un ambulatorio clínico de salud mental. De los niños arbitrados solamente para un problema psiquiátrico, 28% tenían un trastorno del lenguaje moderado o severo que no había sido previamente sospechado o diagnosticado. Este hecho sugirió que los trastornos del lenguaje tienden a ser pasados por alto en niños con comportamiento disociado, y recomendaron realizar una exploración rutinaria del lenguaje en niños de poblaciones psiquiátricas.

Hay muchas explicaciones que intentan explicar la asociación entre las dificultades del lenguaje y los problemas psiquiátricos. Una posibilidad daría una explicación a ésta asociación sería que el trastorno del lenguaje de por sí, causa problemas en el desarrollo del comportamiento. Una razón común para pensar en ello, es que la frustración experimentada por el niño que no puede comunicar produce comportamientos de acting-out. Prizant y Wetherby (1990) sugirieron que, aun cuando el niño no experimenta una proporción alta de experiencias frustrantes, las habilidades limitadas del lenguaje pueden afectar las respuestas a las situaciones cotidianas, pues el lenguaje permite un bagaje respecto al pasado y los acontecimientos futuros que pueden usarse para regular la excitación y los estados emocionales. Para el niño que no tiene este armazón le puede ser difícil mostrar autodominio y satisfacción.

Otra de las posibilidades de explicación sería que las dificultades comunicativas del niño llevan al rechazo social y/o el fracaso educativo, y estas experiencias negativas llevan a una baja autoestima y problemas del comportamiento.

Por supuesto, estas posibles rutas que llevan del deterioro del lenguaje a trastorno del comportamiento no son mutuamente exclusivas. Una nueva explicación propone que la asociación entre dificultades del lenguaje y psicopatología refleja un eslabón causal de perturbaciones emocionales en perturbaciones del lenguaje infantil. Esto puede darse si los cuidadores evitan a aquel niño que se muestra irritable y/o frío y reducen así, la cantidad de interacción comunicativa recíproca. Finalmente, se sabe que las madres de niños con problemas de lenguaje informan de niveles altos de tensión, y puede ser ese estresor psicosocial que también coexiste con el deterioro del lenguaje que lleva a trastornos psiquiátricos.

Prizant y Wetherby (1990) piensan que es una sobresimplificación el adoptar una postura unidireccional de relación entre el lenguaje temprano y el desarrollo socioemocional. Creen que el modelo transaccional de Sameroff y Chandlce (1975) proporciona un armazón más satisfactorio para explicar esta relación. Según esta teoría, los resultados del desarrollo son el resultado de las relaciones mutuas dinámicas del comportamiento del niño, las respuestas del cuidador a su comportamiento y los factores medioambientales que influyen en el niño y el cuidador.

Las asociaciones con trastornos del comportamiento varían según la naturaleza del trastorno del lenguaje. Aunque los niños con trastornos puros del lenguaje expresivo muestran un comportamiento más difícil que los niños del grupo control, en general las proporciones más altas de trastorno son para los niños con problemas de comprensión.

Cantwell et al. (1989) siguieron el progreso de un grupo de 14 niños que fueron identificados como casos de disfasia receptiva del desarrollo a la edad de 4-9 años. Después de 2-3 años, la mayoría de los niños había conseguido aumentos significantes en habilidades del lenguaje, pero todavía una proporción sustancial tenía relaciones pobres con los compañeros, no participando en grupos sociales. Aunque en los niños disfásicos no se encontraron criterios de trastorno autista, algunos de ellos mostraron comportamiento estereotipado repetitivo y falta de interés para las relaciones sociales. En la madurez se reveló que alrededor de los 20 años estos sujetos fueron aislados socialmente; fuera de un grupo total de 17 sujetos, 4 estaban casados y 2 tenían una relación heterosexual íntima. Un tercero nunca había tenido una amistad íntima o una relación de pareja, y un tercio había tenido sólo una amistad íntima pero ninguna relación de pareja (Rutter et al., 1992). Estas observaciones lleva a pensar que el subconjunto de niños con trastorno del lenguaje receptivo, puede tener un deterioro social que persiste aunque la resolución de las dificultades de lenguaje mejoren.

Un hallazgo intrigante de este estudio de seguimiento fue que 3 de 25 varones con una historia de trastorno del idioma receptivo severo desarrollaron una psicosis paranoica en la adolescencia tardía. Es posible que el retraso del lenguaje y la psicosis sean las manifestaciones diferentes de una obligación constitucional subyacente de trastorno. Alternativamente, la tensión del aislamiento social y las dificultades de comprensión puede jugar un papel precipitador de psicosis.

Es importante que se tengan en cuenta las relaciones con los compañeros al decidir una directriz educativa para un niño con problemas lingüísticos. Las tendencias actuales para los niños con necesidades especiales son el ser educados en la clase regular, pero tal integración es meramente nominal si los niños permanecen aislados socialmente. Sería interesante usar métodos sociométricos para evaluar cómo se integran socialmente los niños con problema lingüísticos con otros niños en aulas normales.

## **2. Problemas de alfabetización**

Varios estudios longitudinales de niños con problemas lingüísticos han encontrado una adquisición pobre de habilidades literarias cuando el niño envejece. En estudios realizados por varios autores se corrobora la posible existencia de un fuerte eslabón entre el retraso del lenguaje temprano y los problemas de alfabetización pues el retraso del lenguaje es el indicativo más temprano de inteligencia fronteriza. En estos estudios encontraron que entre un grupo de niños con una historia de lenguaje específico y trastorno del lenguaje había variación considerable en los resultados, y muchos niños anotaron en el rango normal de lenguaje y la prueba de alfabetización a los 8 años de edad. La mayoría de los niños con logros de lectura pobres tenía problemas de comprensión que afectaban a la comprensión tanto del lenguaje escrito como oral. Este estudio confirmó que el retraso del lenguaje temprano, es un factor de riesgo para los problemas literarios más tarde, pero sólo en los niños donde hay persistencia de dificultades en el lenguaje oral.

## **3. Deterioro motor**

Aunque pocos niños con trastorno del lenguaje específico y del habla muestran signos neurológicos sí que se aprecia con frecuencia la existencia de torpeza motora. Robinson (1987) observó que el 90% de los alumnos que asisten a una escuela especial para niños con trastorno del lenguaje y habla anotaron en el rango de alteración en la Prueba de Deterioro motor (Stott et al., 1984). Otros estudios experimentales han confirmado una asociación entre el trastorno del lenguaje específico y los déficits motores. Existe el debate abierto sobre la cuestión de si esto es una señal de inmadurez neuromotor o es indicativo de lesión neurológica o trastorno.

## **FACTORES DE RIESGO**

### **1. Sexo**

La información encontrada a raíz de una serie de niños con trastorno del lenguaje específico y del habla se puede determinar la aparición de un mayor número de varones que de hembras. Robinson (1987) encontró con 10 estudios que la proporción entre varones y hembras de 2,82 :1.

### **2. Ámbito familiar**

Aunque pueden encontrarse trastornos del lenguaje específico y trastornos del habla en todo tipo de circunstancias sociales, los niños con retraso en el desarrollo del habla que tienen más probabilidad son los que provienen de familias grandes, los que viven en poblaciones pobres, los que tienen padres con trabajo poco satisfactorio, cuando

aparecen niveles altos de tensión matrimonial, y problemas psiquiátricos (Fundudis et al., 1979; el Beithman et al., 1986b).

## ETIOLOGIA

Se desconoce la etiología del trastorno del lenguaje específico y el trastorno del habla, pero la mayoría de expertos está de acuerdo que tales condiciones tengan una base orgánica, y no es debido al resultado de estímulo verbal inadecuado de los padres. Una línea que corrobora estas afirmaciones son los estudios realizados con niños cuyos padres son profunda y congénitamente sordos. Estos niños raramente desarrollan problemas significativos del habla, aunque el lenguaje hablado que ellos oyen está limitado en cantidad y calidad (Schiff - Myers, 1988).

El desarrollo del habla también podría estar fuertemente influenciado por situaciones normativas diferentes. Pero vemos que niños de madres deprimidas raramente tienen dificultades significativas del habla, a pesar de la ruptura de modelos normales de interacción madre - niño y, aunque se ven dificultades del habla en niños de madres abusivas, los efectos parecen ser pequeños y no específicos al lenguaje (Allen y Wasserman, 1985). Éstos resultados obtenidos nos hace pensar que los factores medioambientales por sí solos son insignificantes. La naturaleza del ambiente familiar de un niño puede influir en cuanto a la severidad y evolución del trastorno. La programación del tratamiento ha de intentar que surjan un ambiente comunicativo familiar óptimo, y evitar hacer sentir culpables a los padres de las dificultades de su hijo.

### 1. Otitis media recurrente

Se ha estudiado los efectos de la otitis media sobre el lenguaje y habla del niño. La timpanometría ha permitido identificar más fácilmente a los niños con enfermedades del oído. En los estudios epidemiológicos se han encontrado entre el 20 y el 50% de niños por debajo de los 4 años que tienen otitis. En la mayoría de los casos, la enfermedad se resuelve espontáneamente, pero algunos niños han repetido episodios de otitis media, y en otros desarrollan una condición crónica.

La otitis media recurrente tiende a una pérdida de oído conductiva que normalmente va de 15 a 40 dB. Durante muchos años se pensó que esto era poco como para tener alguna importancia sobre el desarrollo. Sin embargo, Holm y Kunze informaron sobre déficits significativos en pruebas de lenguaje con 16 niños con una historia de otitis media crónica, comparada con un grupo control. La literatura en este sentido tiene constancia de que hay evidencias de efectos perjudiciales a largo plazo en el desarrollo del lenguaje cuando aparecen episodios recurrentes de otitis media, incluso cuando se ha vuelto a la normalidad.

Sin embargo, muchos de los estudios que analizan la asociación entre la otitis media recurrente y el deterioro del lenguaje se basan en métodos inadecuados pues ellos confían sólo en muestras clínicas de niños con otitis media. Como Bishop y Edmundson (1986) señalan, se ha de diagnosticar y tratar la presencia de dificultades en la otitis media.

A pesar de la unanimidad existente sobre el eslabón causal entre otitis media y deterioros del lenguaje, la percepción mayoritaria de los médicos concluye que es apropiado adoptar un acercamiento agresivo al tratamiento de otitis media cuando se encuentra en un niño con dificultades significativas del lenguaje.

## 2. Lesión cerebral

Mediante los estudios sobre adultos sabemos que las lesiones de áreas circunscritas en el hemisferio izquierdo causan afasia, considerando que el daño en las áreas homólogas del hemisferio derecho no afectan al lenguaje. Esto hace asumir que estas áreas del hemisferio izquierdo son crítica para el desarrollo normal del lenguaje. Sin embargo, es un hecho ha destacar que una lesión del cerebro habida que en un adulto le produce afasia severa y persistente, puede aparecer en un niño con una afectación pequeña sobre el desarrollo del lenguaje.

En los niños que han sufrido una cirugía en el hemisferio izquierdo, o aquellos con un ligero retraso mental, hay evidencia de pequeñas consecuencias negativas en el trastorno del lenguaje, cuando la lesión es adquirida tempranamente. Bassler (1962) explicó que la buena recuperación es posible en el niño porque el hemisferio derecho puede mediar funciones del lenguaje si el hemisferio izquierdo se daña tempranamente. Sin embargo, cuando el niño es mayor, el hemisferio derecho se compromete cada vez más a otras funciones cognoscitivas y se hace menos capaz para procesar información verbal. Las lesiones bilaterales, por otro lado, tendrán una prognosis pobre, porque la posibilidad o la compensación del hemisferio derecho es reducida.

Una lesión adquirida del hemisferio izquierdo después de que el niño ha iniciado el habla a menudo causará síntomas afásicos. Durante muchos años se pensó que las lesiones del hemisferio izquierdo adquiridas en la niñez temprana y media, tenía una prognosis buena, si el hemisferio derecho estaba lo suficiente intacto como para actuar en un papel compensatorio. Sin embargo, los estudios recientes, usando pruebas regularizadas en lugar de confiar en impresiones clínicas, permiten un pronóstico mejor, sobre todo para los niños mayores de 6 años. En la mayoría de niños la recuperación tiene lugar en los primeros 3 meses después de la lesión, con un progreso lento después de este período. Muchos niños tienen dificultades persistentes y hacen un progreso académico lento, con un lenguaje particularmente pobre.



En un estudio que sigue el progreso de 3 niños afásicos en la madurez se encuentra que a pesar de la recuperación superficial de las habilidad de comunicación funcional, todos continuaron teniendo dificultades en la adultez, limitándoles sus perspectivas de empleo. Los problemas que se apreciaron fueron la lentitud en la comprensión escrita y el lenguaje oral, la dificultad para interactuar en la conversación con los amigos y la limitada habilidad para las inferencias.

La cantidad limitada de lenguaje es el síntoma que aparece mayormente en el niño con lesión en el hemisferio izquierdo y esto puede explicar porqué la detección de trastorno se hace más difícil, pues es más fácil descubrir errores del idioma en un niño hablador que en uno que parece tímido y monosilábico.

Desde la práctica clínica debe supervisarse tanto el resultado cognoscitivo como el resultado físico después de la lesión cerebral en un niño. La valoración del curso regular de las habilidades del lenguaje es esencial para identificar las áreas de intervención y pronóstico.

Aunque la lesión cerebral focal conlleve a la afasia en niños, no parece proporcionar una explicación razonable para la mayor parte de los niños con trastorno del desarrollo del lenguaje, donde no aparece ninguna evidencia de lesión típicamente neurológica. Sin embargo, técnicas como los ultrasonidos muestran que lesiones cerebrales menores puede aparecer en niños que aparecen como bebés normales, especialmente prematuros con peso neurológicamente bajo en el nacimiento.

### **3. Influencias prenatales en el desarrollo cerebral**

El desarrollo de técnicas de alta resolución cerebral han permitido examinar la estructura del cerebro en vivo con mayor detalle. Aunque los estudios de niños con trastorno del desarrollo son escasos, aquéllos que se han realizado, dan énfasis a que un cerebro puede ser neurológicamente anormal, a pesar del hecho que no haya ninguna área de destrucción de tejido.

Jernigan et al. (1991) realizó un estudio usando el análisis cuantitativo de MRI para contrastar estructuras del cerebro en niños con trastorno del desarrollo del lenguaje con un grupo control y un grupo de niños con retraso mental. De este estudio no hubo ninguna evidencia de lesión estructural en los niños con lesión del lenguaje, pero el análisis cuantitativo reveló anomalías del modelo usual de asimetrías cerebrales, más una disminución bilateral significativa en el tamaño del área que corresponde a la corteza temporoparietal superior. Este estudio apoya la noción que la base biológica del trastorno del desarrollo del lenguaje puede ser una anomalía del desarrollo neurológico temprano.

#### **4. Factores genéticos**

Aunque hay ciertas anomalías del cromosoma que se asocia con el lenguaje específico y el trastorno del habla, sobre todo en aquéllos donde hay un cromosoma X extra, la mayoría de niños con lesión del lenguaje tiene un cariotipo normal (Mutton y Lea, 1980; Friedrich et al., 1982). Sin embargo, la agregación familiar del lenguaje y el trastorno del habla sugiere que el genotipo juega un papel en el etiología del lenguaje específico y el trastorno del habla. Parece improbable que el resultado del trastorno sea la imitación inadecuada del lenguaje de padres o hermanos, porque otros niños no afectados coexisten a menudo en la misma familia. Pocas genealogías familiares son tan claras como recientemente se describió en una familia de tres generaciones con un modelo dominante de herencia de trastorno del lenguaje específico (Hurst et al., 1990). Sin embargo, probablemente parece que esa constitución genética demostrará ser un factor de riesgo para el trastorno del lenguaje y puede volverse manifiesto bajo ciertas condiciones medioambientales.

#### **5. Influencias prenatales no genéticas**

Hay numerosos factores que pueden influir en el desarrollo del feto como por ejemplo las drogas y las hormonas en el riego sanguíneo materno, exposición a ionización, radiaciones y infecciones. Un factor que se ha propuesto con un papel importante en el desarrollo de áreas del lenguaje del cerebro es el nivel de testosterona en la circulación fetal. Geschwind y Galaburda (1987) propusieron una teoría compleja que postulaba que los niveles altos de retraso del desarrollo de testosterona en el hemisferio cerebral izquierdo, llevaba al retraso del lenguaje y al trastorno del habla (tartamudeo, dislexia y trastorno del desarrollo del lenguaje).

Una observación que motiva este postulado es la diferencia entre sexos en la incidencia de trastorno del lenguaje y habla. Hay evidencias pequeña sin embargo, para determinar la influencia selectiva de testosterona en el desarrollo del hemisferio izquierdo.

### **INTERVENCIÓN**

El momento idóneo para la intervención en este tipo de trastorno equivale a lo más pronto que sea posible. La ventaja obvia de una intervención temprana es que se tiene la oportunidad de actuar antes de que el trastorno sea mayor, pudiéndose evitar las consecuencias negativas que se inician cuando los niños se dan cuenta del fracaso. Hay inconvenientes sin embargo, en la intervención temprana. Muchos niños con retraso del habla temprano crecen fuera de sus dificultades, siendo así que cuando más pequeño es el niño identificado mayor probabilidad existe de resolverse el trastorno con un tratamiento. Esta afirmación se corrobora mediante dos estudios controlados de intervención basados en niños de 2-3 años con retraso temprano del lenguaje. En los dos

estudios se encontró que todos los niños tuvieron ganancias sustanciales, sin tener en cuenta el qué tipo de tratamiento de llevó a cabo (Stevenson. et. al.,1982; el Whitehurst et al., 1991).

Algunos alegan que es mejor tratar a un niño que no puede necesitarlo que negarles tratamiento a aquéllos que lo necesitan. Sin embargo, el tratamiento puede generar atención de los padres y autoconsciencia en los niños. Cuando existe una situación de escasos recursos es importante asegurar que el tratamiento sólo se dirige a aquéllos que realmente lo necesitan. Un punto a tener en cuenta es que los padres necesitarán consejo y guía, incluso cuando la prognosis es buena. Así pues, los objetivos que deben figurar en la intervención son, en primer lugar aliviar la culpa o ansiedad dándose énfasis en que las dificultades del habla del niños no son causados por factores ambientales del ámbito familiar; y en segundo lugar, intentar que los padres no se transformen en el maestro del lenguaje del niño; y en último lugar, la aceptación alentadora del esfuerzo comunicativo del niño, sea este de tipo verbal o no verbal. Las familias verbales y articuladas pueden necesitar que se les haga consciente de la necesidad de reducir la velocidad de la conversación, darle tiempo al niño con trastorno del habla para formular pronunciaciones, y para acostumbrar al idioma simple a un niño que tiene problemas de comprensión.

## EDUCACIÓN

### 1. Entrenamiento en el lenguaje estructurado versus terapia naturalista:

En el pasado, la mayoría de las formas terapéuticas del trastorno del habla involucraron habilidades del lenguaje por imitación y modelado. Para ello el terapeuta identificaba qué aspectos del sistema del habla del niño estaban dañados y se focaliza en éstos para proporcionar la oportunidad de trabajar selectivamente en las áreas de dificultad. El área donde este funcionamiento todavía se usa es la que trata los problemas fonológicos. El objetivo es identificar el modelo de errores que el niño hace, y entonces dar práctica extensa en la producción de los sonidos.

Más recientemente, el desarrollo de electropalaecografía ha hecho posible mostrar visualmente a los niños cómo la lengua hace contacto con el paladar pudiéndose así comparar con un modelo. En general, se aprecia mayor eficacia con una terapia estructurada en el tratamiento dirigido hacia los problemas fonológicos (Tyler et al., 1987).

En años recientes ha habido un movimiento lejos del programa estructurado, diseñado para enseñar la competencia gramatical y el uso apropiado del lenguaje. Una razón para ello fue que los terapeutas se desilusionaron al encontrar que niños que podrían producir un habla aceptable en sesiones de la terapia, persistieron en el uso de su lenguaje dañado en situaciones naturales. Webster y MrConnell (1987) sugirió que el

entrenamiento en el lenguaje estructurado puede impedir el desarrollo del lenguaje real porque el alterar el ambiente lingüístico no anima a los niños para que lo usen para comunicar su necesidad socialmente sino meramente para dar respuestas correctas al adulto. Esta conclusión llevó a alejarse de las propuestas del entrenamiento estructurado del habla para empezar a defender una política de estímulo del habla general. Se pensó que el estímulo del habla a menudo se inicia en la guardería, donde hay oportunidad suficiente de mezclar al niño con otros niños. Tizard (1983) cuestionó esta razón. Ella encontró que las madres amas de casa acostumbraban a sus niños a un lenguaje mucho más complejo de lo que hicieron los maestros de la guardería, y los niños usaron más a menudo el lenguaje para los propósitos complejos en casa que en la escuela. Así, aunque en la guardería se produce mucho lenguaje, los niños individuales experimentan menos intercambios comunicativos con adultos. Las guarderías pueden proporcionar oportunidades abundante y estimulante y a la interacción social, pero son lugares ruidosos donde el niño con trastorno del habla tiene que competir para la atención del adulto con otros niños pequeños con habilidades del habla más sofisticadas. Recientemente se han hecho esfuerzos buscar un equilibrio entre el entrenamiento didácticos y las técnicas más naturalistas. El objetivo es encontrar un método para enseñar habilidades específicas en una escena natural. Warren y Bambara (1989) demostraron que un tipo de acercamiento eficaz es enseñando formas semánticas sintácticas específicas a los niños mentalmente retrasados, con generalización buena de habilidades a otras escenas.

## 2. Métodos de estimulación de la comunicación

Una alternativa o forma suplementaria de comunicación, como el lenguaje de signos, a veces es bueno si el niño tiene dificultades de comprensión auditivas severas. En tales casos aparece la preocupación de pensar que el niño ya no atenderá a los sonidos y que nunca recuperará las habilidades de comprensión oral. No existe ninguna evidencia que el dominio del lenguaje de signos interfiera en el aprendizaje del lenguaje hablado. Al contrario, parece que el lenguaje de signos puede proporcionar un armazón conceptual que facilitará el aprendizaje del lenguaje oral, mostrando al niño lo que a modelos del labio y los sonidos asociados se refieren. Aunque no ha habido ninguna comparación sistemática de acercamientos educativos diferentes para los niños con trastorno del lenguaje receptivo severo la mayoría de los expertos están de acuerdo que alguna forma de lenguaje de signos, como un suplemento en lugar de una alternativa al discurso, es beneficioso, proporcionándole una ruta de aprendizaje del lenguaje al niño.

Los signos también son parte de la educación de niños con trastornos severos del habla. En esta clasificación se incluirían aquéllos con disartria o anartria, y algunos casos de dispraxia. Otros métodos de comunicación visual, como sería la comunicación informatizada también puede usarse, aunque debe tenerse en cuenta las pobres

habilidades de alfabetización que tienen estos niños. La comunicación por signos usa símbolos que permiten mantener un flujo de comunicación en los niños pequeños que no pueden usar el lenguaje escrito.

## **PAPEL DEL PAIDOPSIQUIATRA**

El uso de una perspectiva multidisciplinaria es importante para la valoración y evolución de los trastornos del desarrollo del lenguaje. Logopedas, psicólogos, audiólogos, maestros, neurólogos y pediatras todos juegan su papel de ayuda de la comprensión y tratamiento de las condiciones complejas del idioma, pero la importancia del paidopsiquiatra no debe pasarse por alto. Actualmente sabemos que hay una proporción muy alta de dificultades de comunicación en niños referidos a los servicios psiquiátricos, y que en muchos casos éstos no están diagnosticados como tal. También sabemos que el trastorno del lenguaje un factor de riesgo para el desarrollo emocional posterior y los problemas de conducta. El trabajo de los psiquiatras ha de centrarse en el diagnóstico, prevención y tratamiento de estos trastornos.

## **BIBLIOGRAFIA**

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, 4th edition (DSM-IV)*, Washintong, DC: American Psychiatric Association, pp 63-65.
- Allen R. y Wasserman G.A. (1985). Origins of language delay in abused infants. *Child Abuse and Neglect*, 9, 335-340.
- Bartak L., Rutter M. y Cox A. (1975). A comparative study of infantile autism and specific developmental receptive language disorder. I. The children. *British Journal of Psychiatry*, 126, 127-145.
- Bartak L., Rutter M. y Cox A. (1977). A comparative study of infantile autism and specific developmental receptive language disorder. III. Discriminant function analysis. *Journal of Autism and Childhood Schizophrenia*, 7, 383-396.
- Basser L.S. (1962). Hemiplegia of early onset and the faculty of speech with special reference to the effects of hemispherectomy. *Brain*, 85 427-460.
- Beitchman J.H., Nair R., Clegg M. y Patel P.G. (1986). Prevalence of speech and language disorders in 5-years-old children in the Ottawa-Carleton region. *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 51, 98-110.
- Beitchman J.H, Nair R., Clegg M., Ferguson B. y Patel P.G. (1986b). Prevalence of psychiatric disorders in children with speech and lenguaje disorders. *Journal of the*



American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 25, 528-535.

Berlin C.I. (1978). Electrophysiological indices of auditory function. In: Martin F. N. (ed) *Pediatric Audiology*, pp. 113-173. Prentice-hall, Englewood Cliffs, NJ.

Bird J. y Bishop D. (1992). Percepcion and awareness of phonemes in phonologically impaired children. *European Journal of Disorder of Communication*, 27, 289-311.

Bishop D.V.M. (1987). The causes of specific developmental language disorder ('develompental Dysphasia?'). *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 28, 1-8.

Bishop D.V.M. (1989a). Test for Reception of Grammar, 2nd edn, Department of Psychology, University of Manchester.

Bishop D.V.M. (1989b). Autism, Asperger's syndrome and semantic-pragmatic disorder: where are the boundaries? *British Journal of Disorders of Communication*, 24,107-121.

Bishop D.V.M. y Edmundson A. (1987a). Language-impaired four-years-olds: distinguishing transient from persistent impairment. *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 52, 156-173.

Bishop D.V.M. y Edmundson A. (1987b). Specific language impairment as a maturational lag: evidence from longitudinal data on language and maturational developoment. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 29, 442-459.

Brown J.K. (1985). Dysarthria in children-neurologic prespective. In Darby J.K. (ed) *Speech and Language Evaluation in Neurology: Childhood Disorders*, pp. 133-184. Grune y Stratton, Orlando, FL.

Burgemeister B., Blum L. y Lorge I. (1972). Columbia Mental Matrurity Scale. Helcourt brace Jovaninovich, Orlando, FL.

Cantwell D.P., Baker L: Rutter M. y MawhoodL. (1989). Infantile autism and developmental receptive dysphasia: a comparative follow-up into middek childhood. *Journal of Autism and Developemtal Disorders*, 19, 19-31.

Cohen N.J., Davine M. y Meloche-Kelly M. (1989). Prevalence of unsuspected language disorders in a child psychiatric population. *Journal of the American Academy od Child and Adolescents Psychiatry*, 28, 107-111.

Conrad R. (1979). *The Deaf Schoolchild*. Harper y Row, London.

Coplan J. (1987). Deafness: ever heard of it? Delayed recognition of permanent hearing loss. *Pediatrics*, 79, 206-213.

Coplan J. y Gleason J.R. (1988). Unclear Speech: recognition and significance of unintelligible speech in preschool children. *Pediatrics*, 82, 447-452.

- Deonna T.W. (1991) Acquired epileptiform aphasia in children (Landau-Kleffner Syndrome). *Journal of Clinical Neurophysiology*, 8, 288-298.
- Fischel J., Whiterturst G., Caulfield M y Debaryshe B. (1989). Language growth in children with expressive language delay. *Pediatrics*, 82, 218-227.
- Fundudis T., Kolvin I. y Garside R.f. (1979) *Speech Retarded and Deaf Children: Their Psychological Development*. Academic Press, London.
- Geschwind N. y Galaburda A. (1987). Cerebral Lateralization: *Biological Mechanisms, Associations and Pathology*. MIT Press, Cambridge, MA.
- Griffiths C.P.S. (1969). A follow-up of children with disorders of speech. *British Journal of Disorders of Communication*, 4, 46-56.
- Hammill D., Brown B.S., Larsen S.C. y Wiederholt J. (1980). Test of Adolescent Language. Pro-Ed, Austin, TX.
- Hecox K. (1982). Pediatric applications of the brainstem auditory evoked response. In: Chiarenze G.A. y Papakostopoulos D. (eds) *Clinical Applications of Cerebral Evoked Potentials in Pediatric Medicine*, pp. 397-414. Excerpta Medica, Amsterdam.
- Holm V. y Kunze L. (1969) Effect of chronic otitis media on language and speech development. *Pediatrics*, 43, 833-839.
- Hurst J.A., Baraitser M., Auger E., Graham F. y Norell S. (1990). An extended family with a dominantly inherited speech disorder. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 32, 352-355.
- Jernigan T., Hesselink J.R., Sowell E. y Tallal P. (1981). Cerebral structure on magnetic resonance imaging in language -and learning- impaired children. *Archives of Neurology*, 48, 539-545.
- Kaplan L.C., Osborne P. Y Elias E.R. (1986). The diagnosis of muscular dystrophy in patients referred for language delay. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 27, 545-549.
- Kidd K.K. (1980). Genetic models of stuttering. *Journal of Fluency Disorders*, 5, 187-201.
- Leither R. (1969) Leiter International Performance Scale. C.H. Stoelting, Chicago.
- McCormick B. (1988). Screening for Hearing-Impairment in young Children. Croom Helm. London.
- Meyer B.C. (1945) Psycholomastic aspects of stuttering. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 101, 127-157.
- Montgomery T.R. (1988) Clinical aspects of mental retardation: the chief complaint.

Clinical Pediatrics, 27, 529-531.

Neligan G.A. y Prudham D. (1969). Norms for four standard developmental milestones by sex, social class and place in family. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 11, 413-422.

Parving A. y Elberling C. (1982). Clinical application of electrocochleography (ECoG) in Children. In: Chiarenze G.A. y Papakostopoulos D. (eds) *Clinical Applications of Cerebral Evoked Potentials in Pediatric Medicine*, pp. 345-361. Excerpta Medica, Amsterdam.

Peterson-Falzone S. (1982). Articulation disorders in orofacial anomalies. In: Lass N.J., McReynolds L., Northern J. y Yoder D.E. (eds) *Speech Language and Hearing. Vol II: Pathologies of Speech and Language*, pp. 611-637. W.B. Saunders, Philadelphia.

Prizant B.M. y Wetherby A.M. (1990). Toward an integrated view of early language and communication development and socio-emotional development. *Topics in Language Disorders*, 10, 1-16.

Quigley S.P. (1978). Effects of early hearing impairment on normal language development. In Martin F.N. (ed) *Pediatric Audiology*, pp. 35-63. Prentice-Hall, Englewood Cliffs, NJ.

Rapin I. y Allen D. (1983). Developmental language disorders: nosologic considerations. In: Kirk U. (ed) *Neuropsychology of Language. Reading and Spelling*. pp. 155-184. Academic Press, New York.

Rapin I. (1982). *Children With Brain Dysfunction*. Raven Press, New York.

Raven J. (1963) *Raven's Progressive Matrices*. NFER-Nelson, Windsor.

Rescola L. y Schwartz (1990). Outcome of toddlers with specific expressive language delay. *Applied Psycholinguistic*, 11, 393-407.

Rutter M., Mawhood L. y Howlin P. (1992) Language delay and social development. In: Fletcher P. y Hall D. (eds) *Specific Speech and Language Disorders in Children*, pp. 63-78. Whurr, London.

Sameroff A.J. y Chandler M.J. (1975). Reproductive risk and the continuum of caretaking casualty. In: Horowitz f.D. (ed) *Review of Child Development Research*, vol. 4, pp. 187-244. University of Chicago press, Chicago.

Stark R.E. y Tallal P. (1981). Selection of children with specific language deficits. *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 46, 114-122.

Silva P. (1987). Epidemiology, longitudinal course and some associated factors: an update. In: Yule W. y Rutter M. (eds) *Language Development and Disorders*. Clinics in Developmental Medicine, nos. 101-102, pp. 1-15. Mackeith Press, London.

Silva P., Justin C., McGee R. y Williams S.M. (1984). Some developmental and behavioral



characteristics of seven-year-old children with delayed speech development. *British Journal of disorder of Communicarion*, 19, 147-154.

Sluckin A., Foreman N. y Herbert M. (1987). Behavioural treatment programmes and selectivity of speaking al follow-up in a sample of 25 selectives mutes. *Australian Psychologist*, 26, 132-137.

Stevenson J. y Richman N. (1978). Behaviour, language and development in tree-year-old children. *Journal of Autism and Chilhood Schizophrenia*, 8,299-313.

Terman L.M. y Merrill M.A. (1960). Stanford-Binet Intelligence Scale. Houghton Mifflin. Boston, MA.

Thal D., Tobias S. y Morrison D. (1991) Language and gesture in late talkers: a 1-year follow-up. *Journal of Speech and Hearing Research*, 34, 604-612.

Tyler A.a., Edwards M.L. y Saxman J.H. (1987). Clinical applications of two phonologically based tretment procedures. *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 52, 393-409.

Warren S.F. y Bambara L.M. (1989). An experimental analysis of milieu language intervention: teaching the action-object form. *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 54, 448-461

Webster A. y McConnell C. (1987) Children with Speech and Language Difficulties. Cassell, London.

Weschler D. (1974). Weschler Intelligence Scale for Children-Revised. Psychological Corporation, New York.

Whitehurst G.J., Fischel J.E., Lonigan C.J., Vladez-Manchaca M.C., Arnold D.S. y Smith M. (1991). Treatment of early expressive language delay: if when and how. *Topics in Language Disorders*, 11, 55-68.