

TRASTORNOS DEL LENGUAJE

Josep Artigas

Las habilidades lingüísticas del niño son motivo de consulta frecuente. En unas ocasiones puede ser el único problema, en otras es un síntoma dentro de un contexto más amplio. No siempre es fácil de valorar y ubicar. Muchas veces el único referente es la indicación de la familia: "no habla, habla poco, habla mal, ha dejado de hablar". Tampoco resulta fácil conseguir que el niño muestre en la consulta sus capacidades lingüísticas. Sin embargo, es importante llegar pronto a un diagnóstico, pues como se indica a continuación, las posibilidades son muy amplias, los pronósticos muy variables y además es preciso tomar en consideración que en algunos casos la intervención precoz puede ser útil.

Para situar el problema se pueden utilizar diversas estrategias, expuestas en la tabla I. En ocasiones es preciso actuar con un cierto grado de imaginación para conseguir que el niño hable durante la consulta. Es útil usar un cuento con ilustraciones atractivas o algún juguete como motivo de conservación. Los informes escolares son también una valiosa ayuda porque recogen a lo largo del tiempo las cualidades lingüísticas del niño según la valoración de los maestros, espectadores privilegiados del lenguaje del niño en su entorno natural. Los cuestionarios son fáciles de utilizar, consumen poco tiempo de consulta y aportan información específica, a veces difícil de obtener en situaciones de examen clínico.

Existen cuestionarios estandarizados como el de D. Bishop(1) ; pero también puede ser útil disponer de un cuestionario propio, dirigido a los educadores, con preguntas abiertas sobre las cualidades lingüísticas. Las pruebas psicométricas, deberán ir orientadas a corroborar y cuantificar la impresión clínica previamente establecida. Aunque no es motivo de esta revisión detallar las numerosas pruebas diseñadas para explorar el lenguaje, recomendamos utilizar pocas y siempre en base a una hipótesis previa. Los test lingüísticos deben acompañarse de un test de inteligencia general. Para los niños de edad inferior a 12 años es muy útil el K-ABC, puesto que además de ofrecer una valoración de diversas funciones neuropsicológicas, dispone de una escala de vocabulario expresivo y dos escalas de lectura (decodificación y comprensión).

TABLA I
ESTRATEGIAS PARA
VALORAR EL LENGUAJE

- Información aportada por los padres
- Informes del colegio o guardería
- Preguntas directas al niño
- Observación del lenguaje espontáneo durante la consulta
- Cuestionarios para padres y educadores
- Grabaciones
- Test específicos de lenguaje y de capacidad intelectual

Los motivos de consulta pueden incluirse en alguna de las categorías de la tabla II.

TABLA II MOTIVOS DE CONSULTA
<ul style="list-style-type: none">• El niño que tarda en hablar• El niño que deja de hablar• El niño que habla mal• Otros trastornos

Se puede considerar, de acuerdo con la escala Llevant, que un niño está retrasado en la adquisición del lenguaje si a los 16 meses no ha iniciado la expresión de palabras aisladas con sentido propositivo o si a los 2 años no construye frases de 2 palabras. (tabla III).

TABLA III EL NIÑO QUE TARDA EN HABLAR
<ul style="list-style-type: none">• Retraso simple del lenguaje• Trastorno específico del lenguaje o disfasia• Trastorno autístico• Retraso mental• Hipoacusia• Gemelaridad• Hipo de padres sordomudos• Privación ambiental extrema

Se considera que existe un retraso simple del lenguaje (RSL) cuando hay una buena comprensión y la evolución del lenguaje es similar a la mayoría de niños normales aunque con una cronología moderadamente retrasada. En realidad, se trata de un retraso madurativo que corresponde al límite de la normalidad para el desarrollo del lenguaje. Muchas veces el diagnóstico de retraso simple solo se puede realizar tras algunos años, al constatar unas habilidades cognitivas normales en todos los aspectos, puesto que no es raro encontrar en pacientes disléxicos o con trastorno de atención una historia de adquisición tardía del lenguaje. En estos casos, cabe suponer

que el "retraso simple" ya era expresión de una disfunción del sistema nervioso.

Los trastornos específicos del lenguaje (TEL), llamados también disfasias, se refieren a la alteración en el desarrollo del lenguaje en un contexto de normalidad en los demás parámetros evolutivos. No se escapa lo sutil y difícil que puede resultar fijar un límite entre un RSL y un TEL. El criterio de severidad parece el más razonable, aunque no deja de ser arbitrario. En los TEL, se constata que el lenguaje además de ser adquirido tardíamente, no es correcto en cuanto a su fonética, a su estructura o a su contenido. Además, aunque sea difícil de poner en evidencia mediante los tests estandarizados, siempre existe un déficit de comprensión. Rapin y Allen han descrito 6 síndromes disfásicos distintos(2). Sin embargo es discutible la existencia de síndromes disfásicos diferenciados, puesto que como señala Bishop, siempre existe como denominador común un déficit de comprensión y además las características del trastorno varían a lo largo del desarrollo(3).

El motivo de consulta en un trastorno autístico (TA) suele ser un retraso en el lenguaje. Para diagnosticar el TA se debe valorar la capacidad de relación del niño, el uso del lenguaje gestual y la capacidad de desarrollar un juego simbólico. No siempre es fácil o posible establecer los límites entre TEL y TA, puesto que los autistas presentan los mismos trastornos del lenguaje que los niños no autistas.

El retraso mental también se expresa casi siempre con un retraso en la adquisición del lenguaje, al que se añaden otros déficits cognitivos. Los tests de desarrollo infantil tales como el Bayley, permiten establecer el diagnóstico. La hipoacusia debe excluirse, siempre que no exista la certeza de que la capacidad auditiva es correcta. Las hipoacusias pueden ser transitorias o permanentes. En el primer caso, que suele

corresponder a otitis serosas, una vez resuelto el problema auditivo, el lenguaje se normaliza al poco tiempo. En base a las revisiones efectuadas sobre esta cuestión no es razonable atribuir en niños normales, problemas lingüísticos o de aprendizaje derivados de problemas otológicos previos(4). La gemelaridad y ser hijo de padres sordomudos, puede explicar un moderado retraso en la adquisición del lenguaje, pero nunca un trastorno permanente(5). La privación ambiental extrema comporta un retardo en el lenguaje, pero en ausencia de factores genéticos o lesionales es reversible una vez el niño es ubicado en un entorno adecuado.

La tabla IV muestra las causas de pérdida de lenguaje, que pueden ocurrir en niños que previamente habían adquirido cierto nivel lingüístico.

TABLA IV EL NIÑO QUE DEJA DE HABLAR
<ul style="list-style-type: none"> • Afasia • Mutismo selectivo • Regresión autista • Síndrome de Rett • Trastorno desintegrativo infantil • Enfermedad degenerativa

Las afasias suelen comportar pocas dificultades diagnósticas. Las causas más frecuentes de afasia en el niño son las infecciones, los accidentes vasculares y los traumatismos craneoencefálicos. Una excepción es la afasia epiléptica de Landau-Kleffner (LK), que asocia el trastorno del lenguaje a un trazado EEG característico y en ocasiones a crisis epilépticas. No siempre se presenta de forma completa, de modo que en este trastorno tampoco están claros los límites con otras formas de epilepsia o con otros TEL. Incluso es posible establecer una línea de continuidad entre

algunas formas de autismo y el Síndrome de LK(6) .

El mutismo selectivo consiste en la negativa a hablar en determinadas situaciones. En estos casos el niño, que se expresa correctamente entre su familia, deja de hablar en el colegio o ante personas extrañas. Este trastorno es más frecuente de lo que se piensa. En su forma completa se ha estimado que ocurre casi en uno de cada 500 niños(7) . En ocasiones se manifiesta de forma aislada, pero también puede presentarse en el contexto de un TA.

Entre los pacientes autistas se estima que alrededor de un 30% sufren una regresión. La manifestación más relevante es la pérdida de capacidades lingüísticas. Suele ocurrir en dos periodos: entre el primer y segundo año, y durante la adolescencia. Un factor implicado en la regresión autista puede ser la actividad epileptógena, con crisis o sin ellas. En el síndrome de Rett puede haber pérdida de algunas adquisiciones lingüísticas, junto a la más típica pérdida de praxias manuales. En el trastorno desintegrativo infantil (TDI) se exige como criterio diagnóstico un desarrollo normal hasta por lo menos los dos años de edad, a partir de cuyo momento se puede iniciar una pérdida de capacidades lingüísticas dentro de un cuadro autístico. En ocasiones es difícil establecer los límites entre el TDI y el TA.

Las enfermedades degenerativas, comportan una regresión motora y/o cognitiva. Por tanto el lenguaje puede ser el elemento más relevante. Sin duda alguna, esta posibilidad debe ser tomada siempre en consideración ante un niño que deja de hablar.

A parte de la falta de adquisición o pérdida de lenguaje, son motivo frecuente de consulta las anormalidades en la forma de

hablar. En la tabla V se resumen los trastornos más habituales que ocasionan una alteración en el habla.

**TABLA V
EN EL NIÑO QUE HABLA MAL**

- Tartamudez
- Disartria
- Dislalia
- Trastornos de la prosodia
- Voz nasal

La tartamudez es un trastorno que comporta una falta de fluidez en la emisión de palabras. Si bien el diagnóstico no ofrece dificultad, sus causas no han sido todavía totalmente aclaradas. Los casos leves y de inicio precoz suelen remitir espontáneamente. La disartria es un trastorno neuromuscular que altera globalmente las capacidades articulatorias necesarias para la expresión oral. Sus causas son extraordinariamente amplias. La dislalia es un error en la articulación específica para determinados sonidos de consonantes, casi siempre es transitoria. Los trastornos prosódicos, se refieren a la entonación y el ritmo del habla. Son frecuentes en TA, especialmente en el síndrome de Asperger. La voz nasal es una alteración estructural del aparato bucofonatorio que altera el timbre de voz. Se da en algunos síndromes tales como el síndrome de Williams, el síndrome alcohólico fetal, y el síndrome velocardio-facial.

La tabla VI, hace referencia a otros trastornos que vale la pena describir brevemente. El trastorno semántico-pragmático, o sim-

**TABLA VI
OTROS TRASTORNOS**

- Trastorno semántico-pragmático
- Dislexia
- Hiperlexia

plemente trastorno pragmático, se caracteriza por un lenguaje formalmente correcto, pero con una utilización contextual poco adecuada. Es típico de TA, especialmente en el Síndrome de Asperger. También es propio del Síndrome de Williams y puede estar presente en algunos casos de hidrocefalia. Se identifica por el escaso valor comunicativo del lenguaje a pesar de su riqueza verbal.

La dislexia, o trastorno específico del aprendizaje de la lectura, tiene una clara relación con los trastornos del lenguaje, puesto que el fallo cognitivo que condiciona la dislexia es una alteración en las capacidades fonológicas. La base genética de dicho defecto se localiza en los cromosomas 6 y 15. La hiperlexia consiste en una capacidad mecánica de lectura excelente, pero con una pobre capacidad lectora.

BIBLIOGRAFIA

- 1 Bishop DV. Development of the Children's Communication Checklist (CCC): a method for assessing qualitative aspects of communicative impairment in children. *J Child Psychol Psychiatry* 1998; 39: 879-91.
- 2 Rapin I, Allen D. Developmental language disorders. En Rapin I (ed): *Children with Brain Dysfunction*, 139-51. Raven Press, New York, 1982.
- 3 Bishop DVM. Comprehension in developmental language disorders. *Dev Med Child Neurol* 1979; 21: 225-38.
- 4 Sak R, Ruben RJ. Recurrent middle ear effusion in childhood. Implications of temporary auditory deprivation for language and learning. *Annals of Otolaryngology* 1981; 90: 546-51.
- 5 Klein SK, Rapin I. Intermittent conductive hearing loss and language development. En Bishop D, Mogford K (ed): *Language development in exceptional circumstances*. 96-109. Lawrence Earlbaum Associates. Hillsdale, 1994.
- 6 Parry-Fielder B, Nolan TM, Collins KJ, Stojcevski. Developmental language disorders and epilepsy. *J Paediatr Child Health* 1997; 33: 277-80.
- 7 Kopp S, Gillberg C. Selective mutism: A population-based study: A research note. *J Child Psychol Psychiatr* 1997; 38: 257-62.