

3. TRASTORNOS DEL LENGUAJE PANORAMA GENERAL

El objetivo de este capítulo será brindar una apretada síntesis de los principales trastornos de lenguaje que afectan a niños y adolescentes.

Sabemos que la patología del lenguaje oral es muy amplia y variada y no existe ninguna clasificación que alcance a reflejarla en su totalidad. Sin embargo, es innegable que necesitamos establecer un cierto orden y definir categorías como medio para facilitar la transmisión y comunicación de los conocimientos, lo que resulta imprescindible tanto en la práctica clínica como en el marco de una investigación.

En este caso hemos tomado como eje la clasificación de la Organización Mundial de la Salud (1992) y de la Asociación Americana de Psiquiatría (2002), las cuales se expresan a través de sus respectivos manuales, CIE-10 y DSM-IV-TR. La elección se fundamenta en motivos prácticos, ya que independientemente de la línea teórica a la que adhiera cada profesional, la mayoría de las instituciones públicas y sistemas de salud se guían por los códigos de los manuales mencionados. Es así que, por ejemplo, en el momento de solicitar una prestación para un niño que presenta síntomas de un trastorno “semántico-pragmático”, el pedido debe hacerse bajo el código F80.2 según el CIE-10 y 315.32 para el DSM-IV-TR.

Véase en la siguiente página el cuadro 3.1, con la clasificación correspondiente.

Cuadro 3.1. Trastornos del habla y del lenguaje del niño según CIE-10 y DSM-IV-TR

CATEGORÍAS DE TRASTORNOS DEL HABLA Y DEL LENGUAJE	CIE-10	DSM-IV-TR
A.Trastornos de la pronunciación Trastorno articulatorio / fonológico / dislalia	F80.0	315.39
B.Trastornos específicos del desarrollo del lenguaje (TEL/Disfasia) Trastorno del lenguaje expresivo Trastorno mixto comprensivo-expresivo	F80.1 F80.2	315.31 315.32
C.Trastornos adquiridos del lenguaje (afasias) Afasia infantil por lesión hemisférica adquirida Afasia adquirida con epilepsia. Síndrome de Landau-Kleffner	R47.0 F80.3	
D. Trastornos del ritmo y de la fluencia Farfulleo (taquifemia, habla confusa) Tartamudeo	F98.6 F98.5	307.0
E.Trastornos secundarios a déficits instrumentales Déficit auditivo (retraso audiógeno, sordomudez) Déficit mecánico articulatorio (disartrias y disglосias)	H90- H91 Q35-Q38	

A. Trastornos de la pronunciación

Dislalias

Los trastornos de la pronunciación más frecuentemente observados en los niños son las dislalias, llamadas también dislalias funcionales (para distinguirlas de las dislalias orgánicas).

Se trata de un trastorno funcional permanente y sistemático de la emisión de un fonema (incluso en la repetición aislada de éste), sin que existan defectos anatómicos, neurolingüísticos, parálisis, etc., que lo justifiquen, en un niño mayor de 4 años.

Desde una perspectiva externa de los síntomas se pueden distinguir:

- a) dislalias por omisión: el niño omite el fonema, a veces se observa alargamiento de la vocal anterior que marca la presencia de la consonante omitida.
- b) dislalias por sustitución: el niño sustituye el fonema por otro, generalmente por un fonema de adquisición precoz (*p-t-m*) o por un fonema perteneciente a la misma familia fonética (aquí entran el ceceo y el seseo, la sustitución de *k* por *t*, de *z* por *f*).
- c) dislalias por distorsión: en lugar del fonema correcto el niño produce un sonido que no pertenece al sistema fonético del idioma. En castellano, las dos distorsiones más frecuentes son el rotacismo gutural (pronunciación de la *r* francesa) y el sigmatismo lateral (pronunciación de *s*, *z*, *ch* o de uno de ellos con la lengua pegada al paladar y escape lateral del aire).

En los casos en que las alteraciones incluyen gran número de fonemas consonánticos y a veces también vocálicos, la producción verbal resulta casi ininteligible. Esta situación, que recibe el nombre de “dislalias múltiples”, plantea difíciles problemas de delimitación con los trastornos fonológicos de los niños con trastorno específico del lenguaje (TEL). Como rasgos diferenciales pueden señalarse la mayor fluidez verbal y la constancia de los errores de pronunciación del dislábico, frente a la escasa fluidez y amplia variabilidad de los errores del disfásico (véase descripción a continuación). Además, en general las dislalias responden bien y rápido a los efectos de la terapia fonoaudiológica.

Este tipo de trastorno está incluido en los códigos F80 del CIE 10 y 315.39 del DSM-IV-TR según se detalla a continuación:

CIE-10

F80 Trastorno específico de la pronunciación

Se trata de un trastorno específico del desarrollo, en el que la pronunciación de los fonemas está en un nivel inferior al adecuado para la edad mental del niño, siendo el nivel, para el resto de las funciones del lenguaje, normal.

DSM-IV-TR

315.39 Trastorno fonológico (antes trastorno del desarrollo de la articulación)

A) Incapacidad para utilizar los sonidos del habla esperables evolutivamente y propios de la edad e idioma del sujeto, por ejemplo, errores de la producción, utilización, representación y organización de los sonidos tales como sustituciones de un sonido por otro.

B) Las deficiencias de la producción de los sonidos del habla interfieren el rendimiento académico o laboral o la comunicación social.

C) Si hay un retraso mental, un déficit sensorial o motor del habla o una privación ambiental, las deficiencias del habla exceden las habitualmente asociadas a estos problemas.

B. Trastornos específicos del desarrollo del lenguaje

Disfasias /TEL

Concepto

Los trastornos del desarrollo del lenguaje en el niño han recibido diferentes denominaciones (retardo afásico, afasia del desarrollo, disfasia, etc.). Actualmente el término TEL –trastorno específico del lenguaje (equivalente al inglés SLI: *specific language impairment*)– ha ido desplazando, aunque no totalmente, al de disfasia, por lo que en la literatura (sobre todo europea) es posible encontrar ambos términos con significado semejante. En el caso de este libro, también se usarán ambas denominaciones de manera indistinta.

Otro término empleado con frecuencia es el de retraso del lenguaje, aunque con respecto al TEL, presentaría diferencias en cuanto al grado de gravedad y duración de los síntomas. Así *retraso* se reserva para situaciones menos graves y de naturaleza más transitoria, en oposición al TEL, más grave y de mayor duración.

Si bien no hay una definición precisa, plenamente aceptada por todos los autores, esta entidad se suele identificar de acuerdo con criterios de exclusión, especificidad, discrepancia y evolución. Un niño presentaría un TEL si el trastorno no se puede atribuir a ninguna causa conocida, si sólo afecta a una o varias de sus habilidades lingüísticas, si sus ejecuciones en tareas relativas al lenguaje son significativamente peores que las que se refieren

a otras habilidades, principalmente cognitivas, y si los problemas persisten en el tiempo, aunque cambien de alguna forma sus manifestaciones.

Los factores de exclusión frecuentemente invocados son déficit auditivos, malformaciones de los órganos fonatorios, trastornos neurológicos adquiridos, retraso mental, trastornos emocionales graves, carencias afectivas o educativas importantes.

Los estudios longitudinales de seguimiento corroboran el carácter heterogéneo, durable y variable de los trastornos observados en un mismo niño. Es decir, por lo general no se pasa de una situación de trastorno a otra sin trastorno, sino de un proceso de desarrollo con modificaciones sucesivas, de manera que puede en un mismo niño variar el tipo de disfasia según la edad. La estabilidad es débil y hasta un 45% cambia de grupo de un año a otro.

También se pueden comprobar las relaciones existentes entre trastornos de lenguaje a los 5-6 años y el aprendizaje posterior del lenguaje escrito. El TEL es una condición dinámica que cambia en función del desarrollo y de otros factores, tales como la calidad de la intervención.

Dentro de esta heterogeneidad también se han propuesto otros criterios de definición relacionados con ciertos patrones estadísticos, nivel de inteligencia no verbal y afectación de la memoria a corto plazo (Friel-Patti, 1999).

1. 1.25 desviación estándar, o 2DS, o 1.50 en dos medidas. Cuando el trastorno de lenguaje se acompaña de *score* bajos en tests no verbales, el pronóstico es más pobre. Los chicos pueden cambiar de subgrupo, pero siempre caen dentro de alguno de ellos en el seguimiento.
2. Cociente Intelectual Ejecutivo (CIE) de 85 o más. Discrepancia entre los CI de 15 puntos o 1 DS.
3. Otra característica importante señalada por algunos autores es la presencia de un déficit en memoria fonológica a corto plazo. Cuando escuchamos una nueva palabra la guardamos en el almacén fonológico de la memoria de trabajo; luego de suficientes repasos (*rehearsal*) pasa a la memoria a largo plazo. Los TEL rinden menos en tareas de repetición de no palabras o de recuerdo de listas seriales de

palabras reales. Se postula que esta deficiencia en memoria fonológica da cuenta de las dificultades de los niños con TEL en aprender nuevo vocabulario, lo que puede afectar también la comprensión de la gramática. Los sujetos con TEL también tienen más dificultades para retener oraciones largas en relación con los controles, porque el almacén de memoria de trabajo fonológica es más limitado.

Prevalencia

Consultando la literatura y en particular los estudios anglosajones, podemos encontrar cifras muy dispares, que van del 0.6 al 33%, dependiendo de las características de la muestra y los objetivos de la investigación. Sin embargo, y a pesar de estas cifras extremas, en general los datos epidemiológicos sobre prevalencia de los retrasos del habla y del lenguaje son bastante consistentes y con algunas diferencias se establece un porcentaje en torno al 5-7% con predominio de varones (ratio 2:1).

Clasificación

Todavía no hay consenso sobre la mejor manera de diferenciar a los niños con TEL. Varias clasificaciones han sido y continúan siendo propuestas.

Junto a los criterios surgidos de la lingüística estructural (los más corrientemente usados por la mayoría de los clínicos e investigadores), se suman dos perspectivas más recientes: el abordaje pragmático y el interactivo-discursivo (De Weck y Marro, 2010).

La perspectiva estructural surge de un análisis interno de la lengua, centrado sobre las unidades del sistema lingüístico, independientemente de su contexto de utilización. En este abordaje se consideran tres niveles principales: la fonología, el léxico y la sintaxis, a los que corresponden tres tipos de unidades: los fonemas, las palabras y las frases. Estas variables se evalúan principalmente a través de los tests clásicos o mediante el análisis de muestras de lenguaje (análisis de corpus).

La perspectiva pragmática y discursiva, en cambio, permite analizar no solamente las relaciones intra-enunciados sino también inter-enunciados, tomando en cuenta además el contexto

y las condiciones de producción, definidas como el conjunto de elementos pertinentes que influyen en las producciones verbales (locutor/destinatario, espacio/tiempo de la producción, finalidad de la interacción verbal).

Es evidente que estos estudios abren nuevos abanicos de posibilidades en cuanto a la evaluación de las capacidades lingüísticas de los niños, por un lado, y a las intervenciones clínicas, por otro. Además, es importante señalar que estos diferentes abordajes, aunque puedan ser excluyentes en un diseño de investigación, de modo alguno lo son dentro de un encuadre clínico.

Dentro de las clasificaciones actualmente vigentes quizás la más conocida y más citada es la de Rapin y Allen (1991). Estas autoras describen seis subtipos, distribuidos en tres grandes categorías clínicas (véase cuadro 3.2).

Cuadro 3.2. Subtipos de trastornos del desarrollo del lenguaje.
Clasificación de Rapin y Allen

Trastornos del lenguaje expresivo	Dispraxia verbal Déficit de programación fonológica
Trastornos del lenguaje expresivo-receptivo	Agnosia auditivo-verbal Déficit fonológico-sintáctico
Trastorno del procesamiento de orden superior	Déficit léxico-sintáctico Déficit semántico-pragmático

Algunos investigadores cuestionan la inclusión de la agnosia auditivo-verbal y de la dispraxia verbal como formas de TEL, debido a su escasa frecuencia y a la prevalencia de causas médicas identificables, por lo que reducen a cuatro el número de subgrupos (Korkman y Hakkinen-Rihu, 1994):

1. Trastorno global.
2. Dispraxia verbal.
3. De comprensión.
4. Disnómico.

Otra clasificación a menudo citada, en particular en medios francófonos, es la de Gérard (1994). Este autor, al igual que

Rapin y Allen, distingue seis subtipos de síndromes disfásicos como muestra el cuadro 3.3.

Cuadro 3.3. Marcadores de desviación en los diferentes síndromes disfásicos (Gérard, 1994)

MARCADORES	Fonológico-sintáctico	Producción fonológica	Kinésico-aferente	Receptivo	Mnésico	Semántico-pragmático
Hipoespontaneidad	+	-	+	-	-	-
Disociación automático-voluntaria	+	+/-	-	-	-	-
Trastorno de codificación-sintáctica	+	+	-	+	+	-
Trastorno de evocación léxica	-	+	-	+	++	-
Trastorno de comprensión	+/-	-	-	+	+	+
Trastorno de informatividad	-	-	-	+	+	++

1. *Síndrome fonológico-sintáctico*: el más frecuente, atribuible a una falla en la conexión formulación-programación. Se caracteriza por un nivel de recepción superior a la expresión, producción verbal muy limitada y a veces ininteligible, alteraciones fonológicas no sistematizadas que se diferencian de los retrasos simples ya que no siempre obedecen a los patrones de simplificación. Se presenta un agramatismo resistente que contrasta con una buena conciencia sintáctica. No obstante las dificultades en la codificación, las producciones lingüísticas tienen cierto valor informativo que revela la relativa integridad del sistema de formulación. Los niños suelen compensar sus dificultades recurriendo a señas y gestos muy expresivos que testimonian su deseo de comunicarse. El léxico es reducido, pero sin perturbaciones en la evocación. A los trastornos

lingüísticos suelen añadirse dificultades psicomotrices y grafomotoras más generales.

2. *Trastorno de producción fonológica*: en este subtipo también predominan las dificultades esencialmente expresivas pero, a diferencia del primero, la fluencia es normal. La mayor dificultad estriba en el control, más que en la programación verbal. Las emisiones pueden ser ininteligibles y no se benefician con la repetición. Se observan problemas de sintaxis, organización cronológica y evocación.
3. *Disfasia kinésico-aferente*: en esta variante el mayor problema reside en la dificultad para seleccionar los puntos de articulación dentro de la cadena hablada, por defecto de acceso a la imagen del gesto articulatorio. La expresión de estos niños es muy reducida y cuando intentan hablar, se observan de manera característica movimientos de búsqueda articulatoria que pueden tomar el aspecto de una tartamudez. Las fallas de pronunciación mejoran con la imitación o frente al espejo. Cuando el habla se hace más fluida puede comprobarse que no existen mayores problemas a nivel léxico ni sintáctico.
4. *Disfasia receptiva*: se presentan alteraciones graves en la comprensión, las operaciones de decodificación son deficientes y las dificultades expresivas parecen secundarias a las fallas de comprensión. Disintaxia, disnomias, parafasias fonémicas y semánticas, neologismos son particularmente frecuentes. Pareciera que estos niños tienen una dificultad extrema para crear y usar imágenes verbales a partir de modalidades auditivas. Incluso puede existir imposibilidad de identificar ruidos familiares no verbales.
5. *Disfasia mnésica (léxico-sintáctica)*: se caracteriza por las dificultades de evocación (falta de palabra), poco sensible a las facilitaciones contextuales y fonológicas. Las parafasias verbales y la disintaxia se manifiestan más claramente frente a los enunciados largos, dado que en situaciones de diálogo espontáneo el niño tiende a reducir sus producciones disimulando su dificultad. Se trata de una disfasia mixta, a la vez expresiva y receptiva. La comprensión se afecta por la dificultad del sujeto para hacer uso de sus capacidades de categorización semántica. Resulta signifi-

cativa la perfecta conciencia que el niño tiene de sus inaptitudes.

6. *Disfasia semántico-pragmática*: no afecta o afecta poco los aspectos formales del desarrollo fonológico y sintáctico, pero el valor informativo de los enunciados se halla muy alterado. Parafasias semánticas, discurso incoherente, neologismos recuerdan los trastornos psicolingüísticos de los sujetos frontales. Perseveraciones, ecolalia, déficit pragmático tanto en situaciones expresivas como receptivas, equivalente al llamado *cocktail party syndrome*. Contrariamente al caso precedente, estos niños parecieran no tener conciencia de su trastorno. Las características particularmente desviadas del sistema comunicativo rememoran las dificultades pragmáticas de los autistas de alto funcionamiento, aunque los niños disfásicos se diferencian por conservar una capacidad de interacción no verbal normal.

Simplificando la cuestión, desde el punto de vista clínico y de la práctica cotidiana, resulta clara la distinción de dos grandes grupos: TEL-E y TEL-ER (Mendoza, 2001).

1. TEL-E (trastorno específico del lenguaje expresivo): Se trata de niños con buen vocabulario receptivo, buena comprensión sintáctica y discriminación fonológica, pero con dificultades en la semántica y sintaxis expresiva, así como en la formulación de secuencias motoras rápidas.
2. TEL-ER (trastorno específico del lenguaje expresivo-comprensivo): Niños con deficiencias en vocabulario receptivo, comprensión sintáctica y discriminación fonológica, junto con una capacidad de memoria limitada, además de deficiencias en sintaxis y semántica expresivas. Sin embargo, la producción de diptongos, de palabras fonológicamente complejas y de palabras multisilábicas puede ser significativamente mejor en los niños TEL-ER que en los niños con TEL-E. A nivel léxico los niños TEL-ER son más lentos y menos eficientes en hallazgo de palabras, en denominación de dibujos y en recuperación auditiva. En lo que respecta al discurso, sus respuestas conversacionales son más lentas y menos eficientes que las de los niños con buenas

habilidades de lenguaje receptivo. Por el contrario, en el habla espontánea los niños con TEL-E cometen más errores gramaticales y omiten más palabras función en frases que requieren mayor demanda de procesamiento verbal y no verbal que los niños con TEL-ER.

Los TEL o disfasias están contemplados en los códigos F80.1 F80.2 para el CIE 10, y 315.31 y 315.32 según DSM-IV-TR.

CIE-10

F80.1 Trastorno de la expresión del lenguaje

Se trata de un trastorno específico del desarrollo, en el que la capacidad del niño para el uso del lenguaje expresivo es marcadamente inferior al nivel adecuado para la edad mental, pero en el que la comprensión del lenguaje está dentro de los límites normales. Pueden existir o no alteraciones en la pronunciación.

F80.2 Trastorno de la comprensión del lenguaje

Se trata de un trastorno específico del desarrollo, en el que la comprensión del lenguaje por parte del niño es inferior al nivel adecuado a su edad mental. Prácticamente en todos los casos existe además un deterioro notable de la expresión del lenguaje y son frecuentes las alteraciones en la pronunciación de los fonemas de las palabras.

DSM-IV-TR

315.31 Trastorno del lenguaje expresivo

A- Las puntuaciones obtenidas mediante evaluaciones del desarrollo del lenguaje expresivo, normalizadas y administradas individualmente, quedan sustancialmente por debajo de las obtenidas mediante evaluaciones normalizadas tanto de la capacidad intelectual no verbal como del desarrollo del lenguaje receptivo. El trastorno puede manifestarse clínicamente a través de unos síntomas que incluyen un vocabulario sumamente limitado, cometer errores en los tiempos verbales o experimentar dificultades en la memorización de palabras o en la producción de frases de longitud o complejidad propias del nivel evolutivo del sujeto.

315.32 Trastorno mixto del lenguaje receptivo-expresivo

A- Las puntuaciones obtenidas mediante una batería de evaluaciones del desarrollo del lenguaje receptivo-expresivo, normalizadas y administradas individualmente, quedan sustancialmente por debajo

de las obtenidas mediante evaluaciones normalizadas de la capacidad intelectual no verbal. Los síntomas incluyen los propios del trastorno del lenguaje expresivo, así como dificultades para comprender palabras, frases o tipos específicos de palabras, tales como términos espaciales.

Retraso del habla: los “hablantes tardíos”

La posibilidad de diferenciar entre retraso –desarrollo lingüístico lento en dirección hacia la normalidad– y trastorno –desarrollo desviado y diferente del modelo evolutivo normal– es una cuestión aún no resuelta.

En general se considera un caso de inicio tardío (IT) o hablante tardío si produce menos de 50 palabras y/o emite muy pocas combinaciones de palabras a la edad de 2 años.

Actualmente se han propuesto otros criterios que no introducen una variación significativa en los resultados obtenidos respecto de los criterios tradicionales, como poseer un vocabulario de menos de 70 palabras o ausencia de enunciados de 2 palabras, o una puntuación centil igual o inferior a 5, o igual o inferior a 10 en el vocabulario del Inventario MacArthur.

La prevalencia del IT en los niños de 2 años oscila del 9% al 13 %.

Las investigaciones indican que la mayoría de los hablantes tardíos siguen presentando problemas con su lenguaje posterior, con afectación añadida de lectura, escritura y ajuste conductual.

En el intento de poder distinguir dentro de la población de hablantes tardíos entre aquellos que irán en dirección normal y los que desarrollarán un trastorno, se ha señalado que la narrativa y la comprensión del vocabulario pueden ser dos habilidades que ayuden a establecer la diferencia entre los dos grupos, aunque el curso evolutivo y la respuesta al tratamiento siguen siendo, en definitiva, los principales indicadores del TEL. Por tanto, a partir de los conocimientos actuales no parece que el término “retraso simple” pueda identificar una entidad nosológica diferente de ciertas formas clínicas con las que se manifiesta el TEL (Aguado, 2009).

C. Trastornos adquiridos del lenguaje

Afasia

La afasia es un deterioro del lenguaje consecutivo a una lesión cerebral adquirida. Generalmente se emplea este término cuando la lesión ocurre luego de la adquisición del lenguaje, es decir, después de los 2 años de edad.

Las causas son varias, incluyendo infecciones bacterianas y virales, lesiones vasculares, tumores cerebrales y traumatismos. Estos últimos representan en la actualidad una de las etiologías más frecuentes (Van Hout, 2005; Soprano y Arroyo, 2010).

Clásicamente se citan como síntomas de la afasia del niño, el mutismo, la hipoespontaneidad verbal, los trastornos articulatorios, el agramatismo y los signos negativos. El mutismo consiste en la ausencia prolongada de emisiones verbales e incluso vocálicas. Una vez superada la etapa inicial de mutismo, sobreviene un período en el que el niño debe ser estimulado para que hable ya que no lo hace espontáneamente (hipoespontaneidad verbal). Este signo es uno de los más característicos y duraderos de la afasia y puede observarse en muchos casos hasta varios meses posteriores al inicio del trastorno.

En cuanto a los signos negativos, están referidos al hecho de que en las afasias adquiridas antes de la pubertad no suelen aparecer los signos característicos de las lesiones post-rolándicas del adulto: afectación severa y duradera de la comprensión, parafasias, estereotipias y perseveraciones verbales. Merced a la plasticidad del cerebro infantil se observa un rápido proceso de recuperación espontánea post-lesional con reaparición progresiva de las distintas funciones lingüísticas en un período variable de 1 a 6 meses, con o sin secuelas, dependiendo de la edad del paciente y de la gravedad de la lesión. Sin embargo, investigaciones posteriores han demostrado que las afasias infantiles pueden presentar una semiología (signos positivos) más parecida a la del adulto de lo que se pensaba y que el pronóstico tampoco es tan optimista como se creía antes, ya que con frecuencia persisten trastornos de lenguaje y aprendizaje.

Principales síndromes afásicos del niño

Afasia anómica

La anomia o “falta de palabra” consiste en una dificultad específica de evocación, en el momento requerido, de palabras bien conocidas. En diversos grados, se observa en casi todas las formas de afasia, pero puede también manifestarse como síntoma aislado o muy predominante, caracterizando de esta forma a la llamada *afasia anómica*.

Para poner en evidencia la anomia es necesario realizar una estimación previa de las palabras conocidas por el niño (su léxico o vocabulario pasivo), que depende fundamentalmente de la edad. Las pruebas más útiles son las de elección múltiple: el sujeto debe designar, entre varias, la imagen que corresponde a la palabra que se le presenta. Por ejemplo, el TVIP (Dunn y cols., 2006). También pueden usarse los tests específicos de denominación como el Boston (Goodglass, 2005) y el subtest de denominación de la Batería de Spreen Benton, adaptación española de Mendilaharsu y cols. (1981) o el MAE-S (Rey y cols., 1994).

Afasis sensoriales

Poco frecuentes en los niños, combinan tres características principales:

1. Trastornos severos de la comprensión auditivo-verbal.
2. Dificultades de evocación verbal que, en el estadio agudo, ocasionan la producción de neologismos (palabras sin significado).
3. Una expresión verbal correctamente articulada y a menudo fluida, incluso hiperfluente o logorreica.

Entre los tests de comprensión más utilizados en afasiología, debe destacarse *el token test* o test de fichas (Di Simoni, 1978) con baremos para sujetos de entre 3 y 12 años. Debe tenerse en cuenta que ciertos factores atencionales y mnésicos interfieren en la estimación de la comprensión propiamente dicha y también que los ítems con mayor complejidad sintáctica se restringen casi totalmente a nociones locativas y de tiempo. En el niño este test no parece tener el carácter “puro” de comprensión que se le

atribuye en su aplicación al adulto. Aunque ciertos autores mencionan la alteración del *token test* en sus diagnósticos de afasia sensorial, esta alteración no parece específica, ya que se observa en la mayoría de las afasias, sea cual fuera su forma clínica, tanto en fase aguda como en los estados con secuelas. Otros tests necesitan la ejecución de gestos, desde señalar simplemente un objeto o imagen hasta desplazar objetos, o realizar determinados movimientos corporales, etc. Dado que tales respuestas pueden estar perturbadas por trastornos apráxicos concomitantes, conviene asegurarse de la ausencia de éstos para el diagnóstico diferencial. Hay pruebas que sólo precisan una respuesta verbal en alternativa binaria sí/no, verdadero/falso, etc. y, al evitar la realización de gestos, pueden paliar el inconveniente de eventuales trastornos apráxicos asociados. Es importante entonces poner en evidencia, a través de otras pruebas, la razón de los posibles fallos en las citadas cuestiones (trastornos de la discriminación auditiva, de la sintaxis, de la semántica, etc.).

Los tests en los que la respuesta consiste en señalar (designar), como el TSA (Aguado, 2006), son ciertamente útiles. Debe tenerse en cuenta que la elección sobre cuatro elementos en “cuadrado” sobre una página puede verse afectada por la heminegligencia espacial frecuente en los pacientes con lesiones hemisféricas; quizás por eso podría ser más fiable en estos casos la disposición de las cuatro imágenes en columna única.

Afasia de conducción

El rasgo principal que permite diagnosticar este tipo de afasia se refiere a la alteración en la capacidad de repetir, ya desde el nivel de la palabra. Durante esta tarea ocurren numerosas sustituciones parafásicas (habitualmente parafasias fonémicas) que, a su vez, ocasionan tentativas de autocorrección. Las fallas disminuyen en la repetición de números.

El habla suele ser bastante fluente, con buena articulación; sin embargo, existen dificultades en la evocación de los vocablos, tanto en el lenguaje espontáneo como en tareas de denominación. Esta dificultad en algunos casos puede ser tan grave y acompañada de tantos intentos de autocorrección que llega a dar la falsa impresión de tartamudeo.

Afasia transcortical

Su perfil clínico es opuesto al de la afasia de conducción ya que la capacidad para repetir mensajes verbales está selectivamente preservada, incluso en grado exagerado, ecolálico.

Se distinguen dos subgrupos:

1. La afasia transcortical motriz, que cursa con un casi mutismo por dificultades para iniciar la expresión verbal, pero con menos trastornos articulatorios (de programación fonológica) que en la afasia motriz.
2. La afasia transcortical sensorial, en la que el lenguaje es normal en su expresión espontánea y en la repetición, pero con alteraciones de la comprensión.

Estos dos síndromes traducirían un aislamiento de las áreas cerebrales motrices y de las áreas sensoriales del lenguaje con respecto al resto del cerebro, pero se conserva la mutua conexión entre las dos citadas áreas del lenguaje, lo cual permite la repetición.

Afasia motora

Se caracteriza por una expresión verbal no fluente, emitida con lentitud y esfuerzo, y con exceso de pausas. Los movimientos articulatorios son distónicos, exagerados e imprecisos y los fonemas se producen deformados (disartria cortical), más que en otros trastornos articulatorios de origen periférico o subcortical; en este caso existe gran variabilidad de sustituciones fonémicas, pero la producción mejora en la repetición.

Evaluación de la afasia en el niño

A semejanza de los adultos, también existen baterías aptas para la evaluación de la afasia en niños. Adaptada al castellano contamos con la Batería de Spreen-Benton (Mendilaharsu, 1981) y la versión en español del Examen Multilingüe de Afasia (MAE-S –Multilingual Aphasia Examination– Spanish version) de Rey y cols. (1994).

Este último está diseñado para evaluar la presencia, severidad y aspectos cualitativos del trastorno afásico. Consiste en 11 tests:

nominación visual, repetición de frases, asociación controlada de palabras, deletreo oral, deletreo escrito, bloques, test de símbolos, comprensión auditiva de palabras y frases, comprensión lectora de palabras y frases, puntuación de articulación, puntuación de aspectos prácticos de la escritura. Estandarizado en niños a partir de los 6 años de edad.

La aplicación de estos tests permite obtener un perfil a partir del cual se pueden diagnosticar las alteraciones significativas del lenguaje y especificar su naturaleza, teniendo en cuenta tanto los déficits selectivos observados como los procesos lingüísticos preservados en el sujeto. Además de los tests clásicos de afasia, se debe evaluar el lenguaje espontáneo a través de la descripción de imágenes y las respuestas a preguntas abiertas. Es importante poder evaluar la fluidez del lenguaje teniendo en cuenta:

1. Número de palabras por minuto.
2. Longitud media de los enunciados (LME).
3. El número y la duración de las pausas entre las palabras significativas (pausas relacionadas con la menor o mayor dificultad de evocación verbal).
4. La duración de los fonemas producidos (el enlentecimiento del acto articulatorio es frecuente en la afasia del niño).

Una vez que se ha puesto en evidencia el perfil global de la afasia, con el fin de identificar más detalladamente la naturaleza del trastorno, resultará conveniente realizar un análisis más profundo sobre cada uno de los procesos patológicos. Así, en la afasia sensorial se suele observar una frecuencia más elevada de parafasias verbales y de neologismos (palabras en las que más de la mitad de los fonemas están sustituidos erróneamente, de tal suerte que la palabra no es identificable como un término perteneciente a la lengua), y en la afasia motora se observa una frecuencia significativamente elevada de trastornos articulatorios.

Afasia adquirida con epilepsia

Síndrome de Landau-Kleffner

Para una descripción detallada de este síndrome, veáse el capítulo 4. En el CIE-10 está contemplado bajo el código F80.3.

F80.3 Afasia adquirida con epilepsia – Síndrome de Landau-Kleffner
Se trata de un trastorno en el que el niño, habiendo progresado de un modo normal en la adquisición del lenguaje, pierde la capacidad de comprensión y de expresión del mismo pero conserva la inteligencia general. La aparición del trastorno se acompaña de anomalías paroxísticas en el EEG (casi siempre en los lóbulos temporales, de forma bilateral y con un trazado disrítmico generalizado) y en la mayoría de los casos de ataques epilépticos. La aparición suele tener lugar entre los tres y los siete años de edad, aunque puede presentarse antes o después durante la infancia.

D. Trastornos del ritmo y de la fluencia-disfluencia

Farfulleo

Conocido también como *taquilalia* o *taquifemia*, es una forma precipitada y excesivamente rápida de hablar en la cual se observan omisiones de fonemas y sílabas, sobre todo en el fin de los enunciados (“se come las palabras”). A veces la falta de ritmo llega a una cierta descoordinación respiratoria que provoca en el taquilálico ligeros bloqueos y repeticiones, en ocasiones confundidos con los síntomas de la tartamudez.

CIE-10

F98.6 Farfulleo

Trastorno caracterizado por un ritmo rápido del habla con interrupciones en la fluidez, sin repeticiones ni vacilaciones, que produce un lenguaje ininteligible. El habla es errática y distímica, con arranques súbitos y espasmódicos que generalmente implican formas incorrectas de construcción de las frases.

Tartamudez

Concepto

La tartamudez (tartamudeo/espasmodia/disfemia) es la perturbación del habla y de la comunicación caracterizada por una alteración en la coordinación de los movimientos fonarticulares y la presencia de espasmos musculares en distintos puntos de la cadena productiva del habla (diafragma, glotis, lengua, labios...).

Ha sido descrita como “habla que se produce de forma entrecortada con un esfuerzo excesivo”. Para el hablante disfémico, tartamudear significa no tener control sobre la propia emisión de la palabra, perder la espontaneidad expresiva y el contacto con los que escuchan, en definitiva, carecer de una real posibilidad de comunicación (Simon, 2007).

La intensidad de los síntomas, de distinta gravedad según los casos, es siempre muy variable dentro de un mismo sujeto, según el contenido del mensaje, el interlocutor, el contexto del intercambio y el estado anímico de la persona.

Los síntomas suelen aparecer entre los 2 y los 5 años y van aumentando generalmente hasta la edad adulta con posibles períodos de remisión e incluso de desaparición. Si bien la edad media de comienzo es 3.6 años, puede aparecer a cualquier edad entre los 2 años y la pubertad. Es más frecuente en varones que en mujeres (relación 3:1).

En cuanto a la forma de manifestarse, puede distinguirse la forma tónica (bloqueos iniciales, fuertes espasmos), la clónica (iteraciones de sílabas iniciales, espasmos leves y repetidos) y la mixta, que combina ambas situaciones. Los casos severos pueden acompañarse de sincinesias cefálicas y extracefálicas.

Etiopatogenia

Es aún poco conocida. Se han señalado factores constitucionales, influencias genéticas, alteraciones psiconeurológicas. Sin embargo, hasta el presente no se ha encontrado ninguna causa biológica o ambiental necesaria ni suficiente para generar una tartamudez, por lo que el tema requiere seguir siendo investigado.

La evaluación del niño que tartamudea

Esta exploración debe conducir a un diagnóstico diferencial entre el trastorno de fluencia verbal aislado y el que va asociado a otras dificultades lingüísticas, cognitivas o de conducta.

Se incluye el examen de la fluencia y del débito, para lo cual se suele realizar una transcripción de lenguaje espontáneo que totalice al menos 200 palabras o bien una grabación de 3 minutos. Puede usarse el juego interactivo (Hora de Juego Lingüística, el baño de los muñecos de la Batería BELP).

Además del análisis cuantitativo de las disfluencias, se anotan todos los rasgos cualitativos que acompañan al habla: gestos fonatorios, tensiones visibles o audibles y movimientos asociados, muecas complejas, pestañeo, fruncimiento del ceño, protrusión de la lengua, cierre de labios. El registro en video es de gran ayuda.

A esto se agrega el examen articulatorio y fonológico, cognitivo verbal y no verbal y la indagación acerca de la autoconciencia del trastorno. En la entrevista con los padres se considera la anamnesis, organización de la vida del niño en el hogar, actitud del niño y de los padres frente al trastorno (indiferencia, burlas, etc.). Se observará también el débito verbal de los padres y su comportamiento comunicativo. La evaluación clínica puede complementarse con instrumentos formales como se muestra en el cuadro 3.4.

Cuadro 3.4. Instrumentos para evaluación de la tartamudez en niños

	NOMBRE DE LA PRUEBA	EDADES (años)	REFERENCIAS
A-19	Scale for children who stutter	5-9	Andre y Guitar, 1996
CALMS	Rating Scale for children who stutter	7-15	Healey y cols., 2002
CASS-C	Cooper Assessment Scale for Stuttering	7-14	Cooper y Cooper, 1996
OASES	Overall Assessment of the Speaker's Experience of Stuttering	7-17	Yaruss y cols., 2010
SPI	Stuttering Prediction Instrument for young children	3-8	Riley, 1981
SSI-4	Stuttering Severity Instrument 4 th	2-18	Riley, 2008
TOCS	Test of Childhood Stuttering	4-12	Gillam y cols., 2008

Evolución y pronóstico

Pareciera que las probabilidades de que el tartamudeo desaparezca definitivamente son tanto mayores cuanto más precoz ha sido su comienzo y cuanto más breve es el período durante el cual el niño ha sido disfluyente. Se acepta que en el 75% de los casos el trastorno remite espontáneamente antes de la adolescencia. Esta cifra puede ascender al 90% en grupos que reciben ayuda terapéutica temprana. Pero aún se desconoce por qué algunos se “curan” y otros no.

Para ampliar la información sobre este tema, pueden consultarse los trabajos de Beatriz Touzet (2002), creadora de la Asociación Argentina de Tartamudez, y la obra de Fernández Zúñiga (2008). Otro aporte interesante son los videos ilustrativos, distribuidos por la Stuttering Foundation of America, algunos traducidos al español (*La tartamudez y su niño* y *Tartamudez para niños por niños*).

CIE-10

F98.5 Tartamudeo (espasmofemia)

Se trata de un trastorno del habla caracterizado por la repetición o prolongación frecuentes de sonidos, sílabas o palabras, o por numerosas vacilaciones o pausas que interrumpen el flujo rítmico del habla. Disritmias menores de este tipo son bastante frecuentes de forma transitoria en la infancia más tardía y en la vida adulta. Deben ser clasificados como trastorno únicamente cuando su gravedad afecta a la fluidez del lenguaje de un modo importante. Puede acompañarse de movimientos de la cara y/u otras partes del cuerpo, que coinciden en el tiempo con las repeticiones, prolongaciones o pausas del flujo del lenguaje. El tartamudeo debe diferenciarse del farfuleo y de los tics.

DSM-IV-TR

307.0 Tartamudeo

A- Alteración de la fluidez y la organización temporal normales del habla (inadecuadas para la edad del sujeto), caracterizada por ocurrencias frecuentes de uno o más de los siguientes fenómenos:

- 1- repeticiones de sonidos y sílabas
- 2- prolongaciones de sonidos
- 3- interjecciones
- 4- palabras fragmentadas

5- bloqueos audibles o silenciosos

6- circunloquios

7- palabras producidas con un exceso de tensión física

8- repetición de palabras monosilábicas

B- La alteración de la fluidez interfiere en el rendimiento académico o laboral o en la comunicación social.

C- Si hay un déficit sensorial o motor del habla, las deficiencias del habla son superiores a las habitualmente asociadas a estos problemas.

E. Trastornos secundarios a déficits instrumentales

Hipoacusia

Las repercusiones de los déficits auditivos sobre el desarrollo del lenguaje del niño son innegables y varían según su gravedad.

Una sordera profunda (umbral medio inferior a 90 dB) o severa (umbral medio entre 70 y 90 dB), prelocutiva, es decir, anterior a la etapa en que normalmente comienza el habla, tiene consecuencias muy importantes en todos los aspectos de la personalidad del niño y específicamente sobre los aspectos comunicativos y lingüísticos.

La falta de audición (que impide analizar los sonidos ajenos y disponer de un *feedback* de las propias producciones) causa alteraciones significativas en la voz y en el habla. Según el caso, la voz será demasiado aguda o demasiado grave, su intensidad inestable con tendencia a ser excesiva, y un carácter demasiado gutural, nasal o atonal según exista en cada momento escasez o exceso de tensión muscular. En la mayoría de los casos no hay entonación expresiva ni acentuación tónica. El ritmo y las pausas se ven alterados respecto del modelo normal; la velocidad de emisión, muy lenta cuando los niños son aún pequeños, se torna con frecuencia excesivamente rápida cuando son mayores.

La adquisición del léxico suele ser tremendamente lenta, insegura y muy limitada. Por falta de refuerzos "pasivos", el vocabulario comprensivo es prácticamente igual al vocabulario expresivo, y muchas palabras adquiridas durante un tiempo desaparecen cuando dejan de ser incluidas en los programas de enseñanza o no resultan directamente útiles para el niño. Las dificultades del

niño sordo en la comprensión y en la producción de las estructuras sintácticas, más allá de las elementales, han sido siempre señaladas como el principal obstáculo en la adquisición del lenguaje oral.

Una sordera media (umbral entre 40-70 dB) prelocutiva no impide la aparición espontánea del habla y del lenguaje, pero frena de manera importante su desarrollo en los primeros años. Si bien tienen una audición funcional (pueden entender mensajes por la sola vía auditiva), ésta puede ser deficitaria sobre todo si la comunicación se realiza en malas condiciones. Además, en ocasiones, detrás de una aparente normalidad, evaluaciones lingüísticas detalladas permiten detectar lagunas léxicas y sintácticas, causa de futuros trastornos en la comprensión y expresión del lenguaje escrito.

En cuanto a las sorderas ligeras (umbral medio entre 20-40 dB), sus consecuencias se centran sobre todo en el desarrollo del habla (fácilmente superables con una intervención ortofónica adecuada) y algunos problemas de atención y percepción en ambientes ruidosos (que la escuela debería considerar). Por ende, en todo niño que presente dificultades persistentes de atención y de comprensión de consignas en el aula, y más aún si se añade pobreza lingüística y trastornos de pronunciación, resulta recomendable efectuar un estudio fino de la audición a cargo de un especialista calificado y experimentado en el trato con niños pequeños (Juárez y Monfort, 2001).

Disglosias

Conocidas igualmente como dislalias orgánicas, son perturbaciones articulatorias de intensidad variable, desde leves a muy importantes, debidas en su mayoría a malformaciones osteomusculares del aparato bucofonador y, en ciertas circunstancias, a traumatismos graves ocurridos en etapas tempranas de la niñez (labio leporino, fisura palatina, brevedad velopalatina, macroglosia, malposiciones dentarias y de los maxilares, etc.). Su estudio y tratamiento corresponde en principio al campo de la otorrinolaringología y de la ortodoncia, con posterior intervención del fonoaudiólogo o logopeda.

Disartrias

Son trastornos de la pronunciación debidos a una afectación de las vías centrales, nervios craneales o grupos musculares que intervienen en los patrones motores articulatorios. Pueden distinguirse dos grandes grupos:

1. Las disartrias de los diferentes tipos de parálisis cerebral infantil.
2. Las disartrias que no se acompañan de disturbios neurológicos graves (alteraciones congénitas, agenesias únicas o múltiples de pares craneales, lesiones traumáticas de pares craneales durante el parto o en etapas tempranas del desarrollo del niño, etc.).

Los trastornos de la articulación suelen combinarse de manera variable con alteraciones de la fonación, la respiración, la resonancia y la prosodia. Es necesario, en todos los casos, hacer un estudio semiológico preciso que permita detectar los constituyentes del síndrome disártrico, lo que a su vez permitirá un trabajo terapéutico adecuado.