



FEPAL09

XIX Congreso Nacional
de la Federación Española
de Asociaciones de Profesores
de Audición y Lenguaje

Valencia, 25 al 27 de Junio de 2009

Para citar este trabajo según las normas de la A.P.A.:

Aguado, G. (2009). *El trastorno específico del lenguaje (TEL): un trastorno dinámico*. Manuscrito enviado para publicación.

Organiza:



EL TRASTORNO ESPECÍFICO DEL LENGUAJE (TEL): UN TRASTORNO DINÁMICO

Gerardo Aguado. Universidad de Navarra. Centro Huarte de San Juan (Pamplona).gaguado@unav.es

RESUMEN

El trastorno específico del lenguaje (TEL) aparece, en la mayor parte de los niños que lo padecen, desde las primeras etapas de la adquisición del lenguaje en forma de retraso en el aprendizaje de las primeras palabras. Su diagnóstico plantea aún muchos problemas, especialmente por la falta de síntomas positivos seguros y específicos, que se asocia a una definición del trastorno por exclusión, y porque forma parte de un continuum que exige el empleo de criterios meramente porcentuales para diferenciarlo de los niveles bajos del desarrollo del lenguaje. A partir de trabajos recientes, se hace una revisión de los cambios que las personas con TEL experimentan a lo largo del tiempo, empezando desde cómo y con qué frecuencia se pasa de un inicio tardío (IT) a un TEL. Se describe después algunos cambios respecto a la forma clínica diagnosticada y se propone un agrupamiento de esas formas clínicas a la luz de cómo se clasifican a las personas con TEL en los trabajos de investigación. Se da cuenta de la relación sintomática y secuencial del TEL con otros trastornos (trastornos del espectro autista y trastorno del aprendizaje del lenguaje escrito). Finalmente se hace una somera revisión de algunas dificultades psicológicas que pueden considerarse consecuentes al TEL.

CUESTIONES RELACIONADAS CON EL DIAGNÓSTICO DEL TEL

El trastorno específico del lenguaje (TEL) es un trastorno evolutivo con una prevalencia del 5-7% de la población general (Tomblin et al., 1997; Leonard, 1998), que actualmente se sigue considerando apropiada (Conti-Ramsden, Simkin y Botting, 2006; Rice y Smolíková, 2007). Se lo ha definido tradicionalmente por exclusión: limitación significativa de lenguaje no explicable por un retraso cognitivo, por alteraciones morfológicas o motrices de los órganos de la articulación, por deficiencias perceptivas o por trastornos de la calidad de la relación social.

En cuanto al criterio positivo (limitación del lenguaje) de la identificación del TEL, se ha basado siempre en criterios estadísticos. Leonard (1998) proponía que, para ser considerado con TEL, el nivel alcanzado por el niño examinado en un test de lenguaje estuviera 1,25 desviaciones estándar por debajo de la media. Si la curva de distribución del dominio del lenguaje es una curva normal, el porcentaje que debería ser objeto de exploraciones más exhaustivas, según este criterio, sería del 10,56%, del que habría que restar los niños con otras limitaciones asociadas. Bishop (1997) era mucho más restrictiva; en efecto, el desfase respecto a la media debería ser, según esta autora, de 2 desviaciones estándar, si se utilizaba un solo test de lenguaje, y de 1,5 desviaciones estándar, si se utilizaban dos o más tests. No obstante, las restricciones propuestas por esta autora podían estar motivadas por la necesidad de seleccionar muestras sin falsos positivos para llevar a cabo trabajos de investigación, cuyas conclusiones fueran aplicables sin ningún género de duda a los niños con TEL. Actualmente se podría considerar como un buen criterio -1,5 desviaciones estándar (6,68%), como proponen Lum, Conti-Ramsden y Lindell (2007) refiriéndose concretamente al CELF (*Clinical Evaluation of Language Fundamentals*), ya que han comprobado que este nivel de desfase tiene una sensibilidad (capacidad de una prueba para identificar a los verdaderamente afectados por este trastorno) de 1,00, y una especificidad (capacidad de una prueba para identificar a los verdaderamente no afectados por este trastorno) de 0,89. Sin embargo, en

la versión española de ese test (Semel, Wiig y Secord, 1997) se informa de que sólo clasifica bien al 71,6% de los casos (sensibilidad y especificidad combinadas), a partir de un análisis discriminante, considerando trastorno de lenguaje un resultado por debajo de -1 desviación estándar.

Esta forma de identificar a los niños con TEL es la razón de la prevalencia señalada. Existe, sin embargo, un interés cada vez mayor en poner de manifiesto el origen psicolingüístico (Bishop y Snowling, 2004) e incluso genético (Rice y Smolík, 2007) de este trastorno. De hecho, existe una productiva controversia entre dos grandes perspectivas en la conceptualización del TEL: trastorno cualitativamente distinto, resultado de una deficiencia genética que afecta a un sistema especializado para el aprendizaje de la sintaxis, frente a la constatación de que las dificultades transitorias y persistentes son puntos de un continuum de severidad, con el TEL como la cola de una distribución normal de la capacidad de lenguaje (Bishop, Price, Dale y Plomin, 2003; para un intento de respuesta a esta controversia ver Aguado, 2007).

Pero por ahora los trabajos dedicados a identificar qué es lo que lo diferencia de otras formas de limitación de lenguaje se hacen sobre la base de una selección estadística de las personas cuyo lenguaje se va a analizar. Y queda por resolver, en nuestra lengua, el problema de qué pruebas estandarizadas son las apropiadas para determinar este criterio, que, como se ha visto, es la base sobre la que se sostiene el diagnóstico de TEL.

Y, lógicamente, este criterio estadístico, junto a las modificaciones propias de una función en uso a lo largo del tiempo y a través de las variadísimas situaciones de interacción comunicativa, lleva asociada de manera inevitable la posibilidad de variación de las conductas lingüísticas del niño con TEL, por un lado, y del estatus del propio diagnóstico, por otro, lo que resulta, en alguna medida, perturbador: parece poco seguro sostener un diagnóstico sobre una base tan dependiente de factores como el instrumento empleado en la evaluación, el paso de relativamente poco tiempo, etc.

Así pues, dejando aparte la comorbilidad del TEL con trastornos de la conducta como el TDAH, en la evolución de este trastorno se constatan cambios en cuanto a su persistencia, a su estatus diagnóstico, a las dimensiones lingüísticas afectadas y a la implicación de otras funciones cognitivas más o menos relacionadas con el lenguaje. También se puede considerar, como una manifestación del cambio asociado a este trastorno, su influencia en el desarrollo, establecimiento y consistencia de áreas de la personalidad, como la presencia de ansiedad, la formación del autoconcepto, el desarrollo de la cognición social y de las habilidades sociales.

DEL INICIO TARDÍO AL TEL

El inicio tardío (IT) se define como la posesión de un vocabulario menor de 50 palabras inteligibles o la ausencia de emisiones de dos palabras a los 2;0 (Rescorla y Schwartz, 1990; Scarborough y Dobrich, 1990). Actualmente se han propuesto otros criterios que no introducen una variación significativa en los resultados obtenidos con los criterios tradicionales, como poseer un vocabulario de menos de 70 palabras o ausencia de enunciados de 2 palabras, o una puntuación compuesta a partir de 6 preguntas a los padres (Rice, Taylor y Zubrick, 2008), una puntuación centil igual o inferior a 5 (Girolametto, Weitzman y Greenberg, 2003), o igual o inferior a 10 (Dale, Price, Bishop y Plomin, 2003) en el vocabulario del Inventario MacArthur-Bates (Jackson-Maldonado et al., 2003). La prevalencia del IT en los niños de 2;0 va del 9,6%, 12,8% niños y 6,5% niñas (Dale et al., 2003), al 13,71% (Paul, 1991).

Pues bien, considerando que en el desarrollo del lenguaje no se dan “mesetas” de 1, 2 ó 3 años ni regresiones, excepto en el caso de pérdidas de funciones por daño cerebral y de algunos trastornos muy graves, como el desintegrativo infantil, casi todos los niños que muestran un TEL han debido de ser niños con IT del lenguaje, pero no al revés. Concretamente, se podría considerar que la incidencia del TEL en niños con IT señalada por Dale et al. (2003) sería la que más frecuentemente se ha encontrado en otros estudios anteriores: 44,1% a los 3;0 y 40,2% a los 4;0 (por ejemplo, Leonard, 1998, encontró en su revisión de otros estudios una incidencia de un 25-50%), con un riesgo relativo¹ de 6,1 a los 3;0 y 4,7 a los 4;0, respecto a los niños sin IT a los 2;0. Es decir, también hay niños con un vocabulario típicamente desarrollado a los 2;0 que uno o dos años más tarde muestran un trastorno de lenguaje persistente; concretamente el 7,2% a los 3;0 y el 8,5% a los 4;0. En este mismo sentido, Rice et al. (2008) dan cuenta de un 8,41% de niños sin IT que después muestran un trastorno de lenguaje a los 7 años, pero sólo de un 13,71% de niños con historia de IT a los 2;0 en los que persiste un trastorno de lenguaje a los 7, siendo el criterio estadístico -1 desviación estándar en los tests utilizados, en los que predominan los que evalúan aspectos de la morfosintaxis (ausencia del morfema de 3ª persona del singular del presente de indicativo, etc.), resultado que parece anómalo respecto a todas las demás investigaciones, y que, probablemente, sea debido a las pruebas empleadas para la evaluación del lenguaje a los 7 años.

En cualquier caso, parece imprescindible conocer cuáles son las características del IT que permiten predecir con un aceptable nivel de seguridad la presencia de TEL uno, dos o tres años más tarde, lo que permitiría implementar programas de prevención eficaces y con alto nivel de eficiencia, ya que serían los padres los agentes principales. Y esta necesidad de conocer las “señales marcadoras” de un TEL posterior parece que va ineludiblemente asociada a la identificación de subgrupos en el IT (Desmarais, Sylvestre, Meyer, Bairati y Rouleau, 2008). En efecto, no es lo mismo poseer un vocabulario a los 2;0 de 5 palabras que de 45; ni es lo mismo mostrar dificultades de comprensión (que en los criterios para la identificación del IT está incomprensiblemente ausente) que no mostrarlas. A partir de los conocimientos de que se dispone actualmente, parece que estas señales se referirían a la gravedad del IT (inteligibilidad, enunciados de 2 palabras, volumen de vocabulario, juego simbólico), al nivel de comprensión y a la historia familiar.

En cambio, las variables sociológicas (nivel socioeconómico y cultural, relación biológica con el niño, etc.), los estilos educativos de los padres, ciertas conductas relacionadas con la salud (como el tabaquismo durante y después del periodo de gestación), las características personales de los niños, y otras, no muestran ninguna relación con la presencia de IT; sólo la presencia de hermanos está asociada al IT (Zubrick, Taylor, Rice y Slegers, 2007). Estos autores encuentran una relación significativa entre la historia familiar, el sexo del niño, y el desarrollo neurobiológico temprano (medido por medio del peso al nacer respecto a la mediana calculada en niños sin señales patológicas y nacidos a término) con el IT. No obstante, en algunos estudios (ver Desmarais et al., 2008, para una revisión) se han encontrado relación de algunas de las variables sociológicas con el IT, aunque su influencia parece ser indirecta (pobre estimulación, menos oportunidades para interactuar, etc.).

¹ Riesgo relativo: probabilidad de que los niños con IT muestren un trastorno persistente respecto a los que muestran un desarrollo típico del lenguaje a los 2;0.

Sin embargo, resultados de estudios concienzudos y exquisitamente cuidados desde el punto de vista metodológico, como el de Dale et al. (2003), no inducen al optimismo respecto a la posibilidad de predecir el TEL a partir del IT. Existen en efecto esas relaciones significativas a las que se ha hecho alusión más arriba, pero muestran una gran variación intragrupo (tamaño del efecto bajo), lo que las hace poco útiles para establecer una predictibilidad aceptable, siendo el vocabulario y el desarrollo cognitivo las variables con mayor capacidad de predecir el TEL. Esta inseguridad en la posibilidad de predecir el TEL a partir del IT a los 2;0, y el hecho de que tampoco es posible predecir un trastorno de lenguaje a los 3;0 a partir de medidas del lenguaje a los 18 meses (Westerlund, Berglund y Eriksson, 2006), puede entenderse como que a los niños con IT debe considerárseles como niños en riesgo; riesgo que aún no puede cuantificarse con un aceptable nivel de seguridad, pero que probablemente medio año o un año más tarde dicha cuantificación posea ya una precisión (sensibilidad y especificidad) que permita identificar bien los objetivos de la intervención. Y esta posibilidad de anticipación del diagnóstico, que aún debe comprobarse, no obstante, debería marcar la agenda del psicólogo del lenguaje y del logopeda: frecuencia y exhaustividad de las revisiones, e implementación de programas de prevención mientras se llevan a cabo las revisiones.

Al hilo de la relación del IT y del TEL, cabe preguntarse por el estatus del retraso del lenguaje, por la posibilidad de considerarlo como una entidad nosológica intermedia. Esta expresión, retraso del lenguaje y los atributos que se le suelen añadir, como “simple”, sigue siendo muy utilizada en la práctica clínica. Aún se pueden encontrar manuales de logopedia, recién publicados, en los que se utiliza esta expresión que denota una indeterminada zona de la patología del lenguaje caracterizada especialmente por el buen pronóstico y por ser la dimensión fonológica la relevantemente afectada. Parece evidente que en casi todos los casos el TEL empieza siendo un retraso (el IT puede considerarse así), lo que hace que hablar de retraso de lenguaje sea trivial. Pero el hecho de ser inicialmente un retraso no significa nada en relación con la evolución hacia el TEL. Ya se ha señalado que la predictibilidad parece que no pasa de ser un desiderátum. Por otra parte, ¿hasta cuándo un retraso debe ser tenido por un retraso? Porque es ingenuo pensar que todo lo que se denomine retraso va a tener una trayectoria normalizadora. Es más, lo que se comprueba en la clínica es que muy rara vez lo que se diagnosticó como retraso se supera antes de los 6 años, por ejemplo, y que el niño que lo sufrió rara vez está libre de secuelas.

El retraso inicial, el IT, está delimitado lógicamente al vocabulario, lo que resulta también trivial, ya que si se trata de un inicio tardío del lenguaje es ineludiblemente un IT en el aprendizaje de las primeras palabras. Es probable que en la mitad de los casos, aquéllos en los que va a persistir el trastorno, las causas de ese IT estén relacionadas con el déficit para construir representaciones fonológicas de las palabras que el niño oye en su entorno (ver en Aguado, Cuetos, Domezán y Pascual, 2006, datos y referencias que sostienen esta visión). Ese mismo déficit es el que hará que otras palabras, necesarias para la formación de oraciones y que tienen menos relevancia perceptiva y, por tanto, son más vulnerables ante un sistema limitado para procesar estímulos lingüísticos, también carezcan de representaciones fonológicas adecuadas, con lo que se alterará la sintaxis. A ello habrá que añadir la limitación fonológica que, lógicamente, en muchos casos acompañará a las otras limitaciones señaladas. Todo esto es lo que a los 3 ó 4 años el profesional denominará retraso de lenguaje o retraso simple del lenguaje, que, dirá, será superado espontáneamente o con una ayuda somera. Sin embargo, no hay nada simple en estas secuelas del IT, en primer lugar, ni existen razones para esperar que el lenguaje de ese niño se normalice antes del aprendizaje del lenguaje escrito, en segundo lugar. (Ver, por ejemplo, el Proyecto Portland de Desarrollo del Lenguaje, dirigido por R. Paul, 2000, en el que se comprueba que incluso los niños con IT que han desarrollado un lenguaje normal muestran dificultades gramaticales y narrativas a los 7-8 años.)

Por tanto, no parece que la expresión retraso de lenguaje identifique una entidad nosológica diferente de ciertas formas clínicas con que se manifiesta el TEL.

FORMAS CLÍNICAS, CAMBIOS Y TRANSICIONES EN EL TEL

El aprendizaje del lenguaje se puede identificar con la apropiación, por parte de los miembros recién venidos a una comunidad y por los miembros más jóvenes de esa comunidad, de las herramientas de comunicación y de representación que ya están instauradas y que son eficazmente utilizadas para la supervivencia y las relaciones de los componentes de dicha comunidad. El hecho de que uno de los miembros no haya podido apropiarse de manera completa de esa herramienta de comunicación y representación no significa que su vida de interacción y que las demandas para representar el mundo objetivo, a los demás miembros y los estados mentales de los demás se le hayan acabado. Ni siquiera ocurre esto cuando el déficit es tan grande que hace sumamente difícil o imposible la interacción y la representación (retraso mental profundo, autismo, etc.). Menos ocurre esto entonces en trastornos más leves, como el TEL, en el que la limitación entorpece, pero no anula, esa capacidad de comunicación y representación.

Así pues, lo que se constata es que el niño con TEL y los adultos significativos están permanentemente empeñados en lograr el éxito comunicativo, despreocupándose de la forma del lenguaje. De hecho, las reformulaciones observadas en los padres de niños con TEL no son menos frecuentes que las empleadas con los hijos con desarrollo típico, pero cumplen funciones diferentes; mientras que las segundas tienen la función de cohesionar el discurso del niño (mejora de la gramática), con sus hijos con TEL los padres reformulan los enunciados del niño para hacer más clara la intención (logro del éxito comunicativo) (Fey, Krulik, Loeb y Proctor-Williams, 1999).

Por tanto, lo esperable es que el niño con TEL vaya mostrando cada vez más formas lingüísticas que le van sirviendo para lograr interacciones más eficaces. A veces esas formas serán incompletas desde el punto de vista sintáctico; con frecuencia esos enunciados limitados serán la consecuencia de las dificultades fonológicas que le obligarán a acortarlos, a omitir palabras prescindibles para hacerse entender, y lograr así una mayor inteligibilidad. Es decir, lo que con demasiada frecuencia se considera como trastorno, como entidad, parece, claramente diferente del retraso, no es sino la puesta en marcha y el establecimiento de mecanismos compensatorios para lograr la eficacia comunicativa, sin que se trate de formas desviadas, digamos, en origen.

Por otro lado, se ha constatado el hecho de que los niños identificados con seis formas clínicas de TEL (las conocidas de trastorno de programación fonológica, trastorno fonológico-sintáctico, dispraxia verbal, trastorno léxico-sintáctico, trastorno semántico-pragmático, más el trastorno de lectura) mantienen las mismas diferencias entre ellos en un test de comprensión de los 7 a los 11 años (Law, Tomblin y Zhang, 2008). Es decir, al menos en lo que se refiere a la comprensión, los niños mejoran con el paso del tiempo, si bien esa mejoría va declinando, cualquiera que sea la forma clínica con la que su lenguaje sea compatible. En el estudio citado las diferencias en comprensión entre las distintas formas clínicas eran las mismas que se habían constatado en el inicio: las curvas evolutivas se mantenían aproximadamente paralelas de los 7 a los 11 años.

Sin embargo, la estabilidad de las forma clínicas empleadas para el diagnóstico de los niños con TEL no es muy firme (ver en Law et al., 2008, una revisión de estudios en los que esto se pone de manifiesto). Y la misma necesidad de mostrarse eficaz en sus intercambios comunicativos es lo que puede hacer que la forma clínica, compatible con la descripción del lenguaje de un niño con TEL en un momento

determinado, ya no sea la adecuada para describir el lenguaje de ese mismo niño unos meses o años más tarde. Y eso es lo encontraron Crespo-Eguílaz y Narbona (2003) en 6 de los niños cuyas historias clínicas siguieron durante 3 años y 7 meses. Lo más notable de estas transiciones es que de esos 6 niños, el lenguaje de 4 terminó por ser compatible con el trastorno fonológico-sintáctico (mixto receptivo-expresivo), y 2 se desplazaron al trastorno semántico-pragmático. De los 4 primeros, 3 procedían de un trastorno más grave (dispraxia verbal y agnosia auditivo-verbal), pero las dificultades de lenguaje de uno de ellos se habían agravado (había pasado de un trastorno de programación fonológica al fonológico-sintáctico).

Es interesante hacer notar, en relación con lo señalado sobre el estatus del retraso del lenguaje, que los 2 niños, cuyo lenguaje era inicialmente compatible con un trastorno de programación fonológica (la forma más leve y la que se considera el núcleo del retraso simple del lenguaje), fueron diagnosticados finalmente como trastorno fonológico-sintáctico uno, y como trastorno semántico-pragmático el otro; es decir, al contrario de lo que suele decirse a los padres de estos niños sobre remisión espontánea, “esperar y ver”, lo que ocurrió fue un agravamiento notable hacia un trastorno de larga duración.

Estos cambios, que parecen ocurrir una vez establecido el diagnóstico de TEL en algunos niños, ponen de manifiesto, por un lado, lo ya señalado respecto a los ajustes lingüísticos puestos en marcha por el niño ante diferentes y más complejas demandas comunicativas, pero también, por otro lado, ponen en cuestión la seguridad y precisión de las formas clínicas que hasta ahora se están manejando para describir de manera más pormenorizada el lenguaje de estos niños.

En primer lugar, es evidente la no consideración de formas distintas de TEL en la investigación. No se agrupan a los niños con TEL en función de si presentan un trastorno fonológico-sintáctico, o de programación fonológica, etc. para llevar a cabo investigaciones sobre los procesos psicolingüísticos implicados en las diversas formas clínicas del TEL, o sobre la eficacia de ciertas intervenciones. Siguen dándose esfuerzos notables y encomiables para distinguir formas clínicas que hagan más fácil la selección de objetivos para la intervención y que se ajusten mejor a los conocimientos que se han ido acumulando sobre el TEL (Conti-Ramsden, 2000; Crespo-Eguílaz y Narbona, 2006). Pero parece que el panorama no resulta claro, sino más bien borroso, con abundantes solapamientos y con dificultad para la ubicación de muchos de los niños con TEL.

A partir de los conocimientos de que dispone actualmente, y especialmente con base en la propuesta de Conti-Ramsden (2000), se puede considerar que existen dos grandes formas clínicas en el TEL (ver una propuesta similar, pero con diferencias importantes, en Law et al., 2008):

1. Una sería el trastorno de la forma, asociado a la limitación léxica que afectaría también al contenido del lenguaje. Su origen estaría en la limitación de los procesos de bajo nivel. Este trastorno tendría, a su vez, dos formas bien diferenciadas: el trastorno expresivo (ver, sin embargo, lo dudoso de esta entidad nosológica en Leonard, 2009) y el trastorno mixto, con mayor afectación, en este segundo, del contenido. Los límites entre retraso y trastorno en este caso son borrosos o decididamente inexistentes.
2. La otra forma clínica del TEL estaría constituida por los niños que cumplen los criterios del TEL, pero que no sufren limitaciones aparentes de la forma del lenguaje, sino que son el contenido y el uso las dimensiones primariamente afectadas. Su origen estaría en limitaciones de procesos de alto nivel; este déficit sería más antiguo en la ontogénesis. Esta forma clínica tiene un carácter evidente de trastorno, fácilmente constatable en la interacción comunicativa

ordinaria, pero que a veces “se nos escapa” si sólo se tienen en cuenta los resultados de los tests o los análisis formales de muestras de lenguaje espontáneo.

DEL TEL AL TRASTORNO DE LENGUAJE ESCRITO

Si el origen del TEL está en las dificultades para manejar (retener en el almacén fonológico, identificar segmentos muy breves de la cadena –fonemas–, construir representaciones, recuperar esas representaciones por medio de la memoria de trabajo, etc.) secuencias de sonidos a la velocidad a la que se dan en el habla, parece lógico esperar que esas dificultades se den también en el aprendizaje del lenguaje escrito, cuya tarea central consiste precisamente en identificar esos segmentos tan breves y codificarlos en forma de configuración visual (escritura), y en convertir dichas configuraciones visuales en sonidos que deben formar una secuencia de la que será necesario extraer significados a base de acoplar representaciones fonológicas con representaciones semánticas, y de activar a partir de éstas conjuntos de conocimientos acerca del mundo, de las personas y de la situación en curso para recuperar o construir otros significados no explícitos (lectura). En otras palabras, se puede plantear que existe una continuidad entre el TEL y algunos trastornos del aprendizaje del lenguaje escrito (Scarborough y Dobrich, 1990; Tallal, 2000).

Sin embargo, a pesar de que los fenotipos de ambos trastornos se solapan, como se ha tratado de explicar, no se encuentra, hasta ahora, un parecido solapamiento genético (Bishop y Snowling, 2004). No obstante, existen habilidades, como la repetición de pseudopalabras, estrechamente relacionadas con la capacidad para manejar segmentos muy breves del lenguaje, común a los dos trastornos, que sí parecen heredables y que permitirían distinguir qué forma de trastorno del aprendizaje del lenguaje escrito es la que sigue al TEL (Bishop, Adams y Norbury, 2004). Parece que el estudio de la memoria fonológica de trabajo (tarea de repetición de pseudopalabras) es el más interesante cuando se trata de conocer el origen fonológico de las dificultades de aprendizaje del lenguaje escrito y del TEL.

En cambio, el estudio de la conciencia fonológica (habilidad para comparar, segmentar y discriminar palabras habladas a partir de su estructura fonológica) plantea muchos problemas; por ejemplo, no se ha demostrado que la relación entre conciencia fonológica y aprendizaje del lenguaje escrito, en el caso de la dislexia evolutiva, sea causal, ya que la conciencia fonológica, al menos tras las primeras etapas del aprendizaje (5 años), puede estar influida por la lectura ya que cuando los niños comienzan a leer su habilidad para manejar la secuencia de sonidos aumenta significativamente (en fonologías transparentes); además, la intervención en conciencia fonológica no siempre es efectiva para resolver la dislexia evolutiva, o lo es escasamente; la conciencia fonológica ha sido sobreenfatizada como causa de la dislexia evolutiva (otros factores influyen en las dificultades para la proyección de fonología en la ortografía).

Esta continuidad entre el TEL y el trastorno de aprendizaje del lenguaje escrito, por un lado, y el hecho de ser consecuencia ambos trastornos en la limitación del subsistema fonológico, especialmente en la memoria fonológica de trabajo, por otro, parecen ser la causa de esa “recuperación ilusoria” (Scarborough y Dobrich, 1990) constatada en los niños con IT, primero, y con un TEL, más tarde (fig.1)

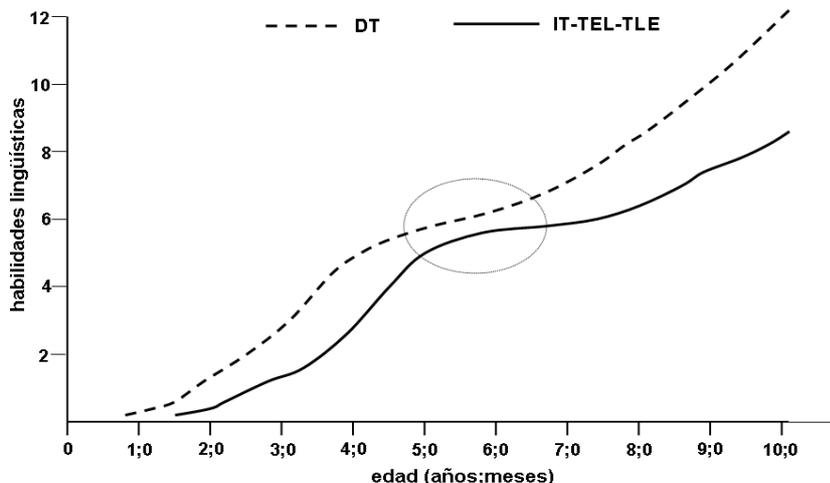


Figura 1. Recuperación ilusoria. La figura se basa en el trabajo de Scarborough y Dobrich (1990). Al principio se produce un IT en algunos niños que parecen ponerse al nivel de los que muestran un desarrollo normal, cuando éste llega a la meseta que parece típica a los 5-6 años, a lo que siguen los déficits en el aprendizaje del lenguaje escrito, consecuentes a un IT que ha derivado en un TEL, aunque sea en su forma más leve.

TEL Y TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA

La existencia de un grupo de niños con TEL que se caracteriza por tener dificultades en el uso y en el contenido del lenguaje, como se ha señalado más arriba, sin manifestar en general dificultades en la forma del lenguaje (fonología y sintaxis), por una parte, y, por otra, la constatación de un número indeterminado de niños que no cumplen todos los criterios para ser considerados con un trastorno autista, pero que muestran bastantes de ellos (el llamado trastorno generalizado del desarrollo no especificado, que se considera incluido dentro de la expresión general de trastorno del espectro autista o TEA, junto al trastorno autista y al trastorno de Asperger), ha hecho que se plantease hace relativamente poco tiempo la posible continuidad entre TEL y TEA. Esta preocupación no es nueva; en realidad, se remonta a 1967 (Rutter, comentado en Conti-Ramsden, Simkin y Botting, 2006). Pero es Bishop (1997) la que se pregunta explícitamente si el trastorno semántico-pragmático es parte del *continuum* del trastorno autista.

La respuesta a esa pregunta depende de los límites del TEA, de si esos límites son precisos o difusos y con solapamientos, y de si existen criterios objetivos (mejor si están basados en pruebas estandarizadas) para el diagnóstico del trastorno semántico-pragmático o trastorno pragmático del lenguaje (TPL), que es la denominación más común actualmente. Y, hasta ahora, ninguna de estas condiciones parece cumplirse en el sentido de diferenciar categóricamente estas dos entidades: los límites del TEA distan de ser precisos, y no existen criterios objetivos para el diagnóstico del TPL. De hecho, el TPL es más evidente en la interacción cotidiana con el niño que en los resultados obtenidos en pruebas de lenguaje, incluidas las habilidades pragmáticas. Y es evidente que las conductas comunicativas y lingüísticas de los niños con TPL podrían ser consideradas como típicas del TEA. Con frecuencia se afirma que es la

intención comunicativa la que diferencia a estos dos grupos. Sin embargo, el juicio respecto a la intención comunicativa es casi siempre subjetivo, y, por tanto, poco útil para el diagnóstico diferencial.

Conti-Ramsden (2000) resolvió, si bien de forma aún especulativa, como hipótesis de trabajo, este problema de la intención comunicativa. Distinguió en el TPL (que ella llamó trastorno complejo del lenguaje) dos formas: el tipo pure y el tipo plus. Aunque son muy someramente descritos por la autora, se podría considerar que la primera de las formas del TPL tendría su origen en déficits de procesos específicamente psicolingüísticos; probablemente el funcionamiento deficitario del mecanismo de supresión sería el mejor candidato a explicar el TPL tipo puro. En cambio, el TPL tipo plus estaría originado en déficits de las bases comunicativas del lenguaje, más antiguas ontogenéticamente hablando, y más primitivas en su construcción cerebral. Y esta segunda forma del TPL sería la conexión entre el TEL y el TEA. Y probablemente las pruebas utilizadas en la evaluación del TEA (ADI-R2, CARS3, ADOS4, IDEA5, etc.) serían las idóneas para establecer el diagnóstico de TPL tipo puro o plus, dentro del TEL, en función de las puntuaciones obtenidas. Pero éste es un trabajo aún por hacer. En este mismo sentido, más recientemente Crespo-Eguílaz y Narbona (2006) han llevado a cabo un análisis de conglomerados con una muestra de 86 niños con TEL, de 4 a 9 años, y encuentran dos subtipos caracterizados por déficits pragmáticos; estos autores los llaman trastorno semántico-pragmático y pragmático para expresar los déficits que caracterizan a cada uno de ellos, que coincidirían con las formas del TPL descritas por Conti-Ramsden (2000). Lo interesante de la clasificación de Crespo-Eguílaz y Narbona es que los subtipos se basan en resultados obtenidos en pruebas de lenguaje y de cognición social concretas, lo que podría empezar a considerarse como criterios objetivos para el diagnóstico del TPL.

En cualquier caso, parece inevitable considerar la existencia de una continuidad entre los distintos trastornos que se han mencionado. Además, el criterio estadístico que es base para el diagnóstico del TEL conduce necesariamente a ello. Una muestra significativa de esta continuidad y de la repercusión del criterio estadístico es el resultado que Conti-Ramsden (2002) encontró en los 242 niños con TEL estudiados de 1997 a 2001 (proyecto Nuffield): el 9% se habían desplazado al TEA durante esos 5 años.

En efecto, si se colocara a todos los niños en un ángulo triédrico, en cuyas aristas se representarían la forma del lenguaje, el contenido y el uso, el resultado sería una masa de puntos (que representarían a los niños), con aspecto continuo, entre los que habría todo tipo de combinaciones⁶: -- forma/+contenido/++uso, ±forma/±contenido/±uso, +forma/-contenido/--uso, ++forma/--contenido/-uso, ++forma/++contenido/++uso, etc.; algunas, evidentemente, serían más frecuentes que otras; es decir, la masa de puntos no tendría una superficie horizontal, sino ondulada, con las crestas de las olas más cerca de los desarrollos medios y altos de la forma, contenido y uso, y sus senos cercanos a los déficits graves de los tres componentes del lenguaje. Los límites que diferenciarían las distintas categorías con las que estamos familiarizados serían límites difusos alrededor de las entidades nosológicas prototípicas.

² *Autism Diagnostic Interview-Revised* (Lord, Rutter y Le Couteur, 1994). Existe versión en español en la editorial TEA.

³ *Childhood Autism Rating Scale* (Schopler, Reichler, DeVellis y Daly, 1980).

⁴ *Autism Diagnostic Observation Schedule* (Lord, Rutter, DiLavore y Risi, 1999). Existe versión en español en la editorial TEA.

⁵ *Inventario Del Espectro Autista* (Rivière, 1997).

⁶ Significado de los signos: -- déficit grave, - déficit moderado, ± medio, + desarrollo alto, ++ desarrollo muy alto.

Recientemente Conti-Ramsden et al. (2006) han explorado la prevalencia del TEA en 76 muchachos de 14 años con historia confirmada de TEL. (Esta muestra procede del anterior *Nuffield Foundation Study*, ya mencionado más arriba, y que en la actualidad esta autora y sus colaboradores siguen estudiando en aspectos como la escolaridad y las salidas laborales de estos ya hombres, sus habilidades sociales, su salud mental, etc.; ahora el proyecto se llama *Conti-Ramsden Manchester Language Study*.) La exploración de las conductas típicas del TEA y del lenguaje actual ha sido llevada a cabo por medio de pruebas estandarizadas y entrevistas semiestructuradas con altos niveles de fiabilidad y validez. Y los resultados resultan inquietantes. El 3,9% de los muchachos cumplen todos los criterios del TEA en todas las evaluaciones (ADI-R y ADOS). Pero probablemente lo más sorprendente es que el 26,31% muestran más o menos conductas típicas del TEA, aunque no cumplan todos los criterios en las dos pruebas; a este grupo los autores lo llamaron “de perfil irregular”. Estos resultados confirmaban en buena medida los encontrados unos años antes por Bishop y Norbury (2002) en una muestra más pequeña de niños con TPL; estas autoras concluyeron que el TPL estaba extendido por todo el espectro autista, y que estos niños mostraban conductas típicas del autismo no previstas. Estos hallazgos sugieren que en los niños con TEL se pueden desarrollar con el tiempo conductas típicas del autismo. No se encuentra otra explicación a estos resultados, aunque resulte incompatible con lo que se conoce actualmente del autismo el hecho de que las conductas que lo caracterizan sean susceptibles de desarrollarse con el tiempo.

TEL, SALUD EMOCIONAL Y HABILIDADES SOCIALES

Hay tres objetivos generales a tener en cuenta en la intervención de los niños con TEL en la escuela: la mejora de sus habilidades lingüísticas y comunicativas, facilitar su acceso al currículo, y la construcción de un autoconcepto adecuado junto a la mejora de las habilidades sociales (Wren, Roulstone, Parkhouse y Hall, 2001). El primero de los objetivos es inherente al TEL. El segundo es inherente a la función de la escuela. El tercero, en cambio, es un objetivo añadido a la intervención, a partir de cierta edad, y es una consecuencia del TEL en la vida social del niño y en la imagen de sí mismo que va construyendo a partir de las conductas (explícitas y tácitas) de los otros cuando habla, de los mensajes que sobre su habilidad comunicativa va recibiendo en múltiples contextos. Porque, inevitablemente, el TEL va a tener desde muy pronto una función formadora de las actitudes (de sus tres componentes: cognitivo, afectivo y comportamental), y, en consecuencia, de la forma en que el niño va a afrontar las situaciones, incluidas las que se refieren a la consideración de su propia valía.

Y eso es lo que se encuentra en los múltiples estudios que se han llevado a cabo desde los primeros años de escuela: menos contactos con los compañeros, dificultad para establecer relaciones de amistad, aunque menos dificultades para ser elegido como compañero de trabajo, con frecuencia forman un grupo aparte con otros niños con dificultades, inician menos interacciones, cuando lo hacen son más ignoradas por los otros, y son más evitados como receptores de las iniciaciones de otros, sus iniciaciones aumentan con los adultos, muestran más dificultades para “engancharse” en interacciones ya en curso y duran menos tiempo en ellas, acoso escolar, etc., etc. (para más detalles y para una aproximación explicativa, ver Aguado, 2004).

Estas dificultades iniciales para interactuar de forma satisfactoria, para ir formándose un autoconcepto adecuado a partir de la imagen especular que el niño recibe de los demás en sus interacciones, determina en buena medida el desarrollo afectivo-emotivo y psicosocial en la adolescencia e incluso en la vida adulta. Parece que el riesgo va aumentando conforme las personas con TEL se acercan a la vida adulta; aproximadamente en la mitad de los jóvenes que a los 5 años fueron diagnosticados con TEL. Sin embargo, la relación de las dificultades de lenguaje con estos trastornos emocionales no es directa (Conti-Ramsden y Botting, 2008), sino que ejerce su influencia a través del escaso desarrollo de las

habilidades sociales y, especialmente, de la cognición social (conjunto de conocimientos relacionados con la atribución de estados mentales inobservables a los demás).

En efecto, se ha comprobado que el 40% de los adolescentes con historia de TEL muestran dificultades sociales relacionadas con la escasez de habilidades y logros sociales (tener amigos, salir por ahí, etc.). Sin embargo, estas habilidades no tienen una relación obvia con el TEL de estos muchachos. La relación y, por tanto, la dirección de la influencia de este trastorno en las habilidades sociales se dan entre el TEL y la cognición social sólo en los muchachos con historia de TEL, no en los que han mostrado un desarrollo típico del lenguaje, lo que pone de manifiesto que no es el lenguaje en general el que está asociado a los logros y habilidades sociales, sino que es el TEL el que, por medio de su influencia negativa en el desarrollo cognitivo social, parece que limita el desarrollo social general (Botting y Conti-Ramsden, 2008). Esta influencia en el desarrollo de la cognición social parece ser mayor cuando está implicada la comprensión. Así, en adultos (25-44 años) con historia de trastornos evolutivos del lenguaje con déficit severo de la comprensión se observan limitaciones significativas en tareas de teoría de la mente (Clegg, Hollis, Mawhood y Rutter, 2005).

En cualquier caso, Beitchman et al. (2001) ya encontraron que alrededor de un 35% de los jóvenes, que hacía 14 años habían sido diagnosticados con TEL, mostraban dificultades psicológicas como ansiedad, fobia social o ciertas actitudes antisociales. Y estas dificultades parecen ser más probables cuanto más persistente es el trastorno de lenguaje. La mayor gravedad del trastorno está también asociada a una actitud de ocultamiento de sus dificultades por parte de los adolescentes con historia de TEL, entre los que, a pesar de todo, hay un 71% que valoran positivamente su paso por las “aulas de lenguaje” (Simkin y Conti-Ramsden, 2009)

CONCLUSIONES

El TEL es un trastorno evolutivo que cambia con el tiempo. Este cambio está propiciado por las propias modificaciones de la conducta lingüística como consecuencia de los ajustes a las diversas demandas comunicativas, curriculares, etc. Se han descrito cuatro formas en las que el TEL pasa de ser un tipo de dificultad a otro. A estas cuatro formas de cambio se ha añadido una quinta, que no es un cambio stricto sensu, sino que describe las consecuencias del TEL en el desarrollo afectivo-emotivo y social de las personas que lo padecen, pero que exigiría un nuevo diagnóstico y éste sería atribuible directamente al TEL. Estas consecuencias se han observado en la tercera parte de los adolescentes que tienen historia de TEL.

Lo que parece fuera de toda duda es el carácter de larga duración que tiene el TEL, su extensión hacia el aprendizaje del lenguaje escrito, y la importancia de las primeras etapas del trastorno: el llamado inicio tardío. En este sentido, los datos presentados ponen en cuestión la existencia de la entidad nosológica denominada retraso del lenguaje, o, al menos, la posibilidad de su diagnóstico con un nivel aceptable de confianza y fiabilidad.

Parece evidente, por último, la existencia de dos grandes formas clínicas en el TEL: la que implica déficits de la forma y, en general de manera secundaria, el contenido, por un lado, y la que implica déficits de la comprensión y del uso, por el otro. Esta segunda forma clínica es la que conecta al TEL con los trastornos del espectro autista.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguado, G. (2004, octubre). *El niño con TEL en la escuela: padres, profesionales y política educativa*. Ponencia presentada en la 2ª Jornada sobre Trastorno Específico del Lenguaje, organizada por AVATEL. Valencia. Extraído el 9 de mayo de 2009 de http://www.dcam.upv.es/avatel/2_jornada_TEL/ponencias.htm.
- Aguado, G. (2007). Apuntes acerca de la investigación sobre el TEL. *Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología*, 27, 103-109.
- Aguado, G., Cuetos, F., Domezán, M.J. y Pascual, B. (2006). Repetición de pseudopalabras en niños españoles con trastorno específico del lenguaje: marcador psicolingüístico. *Revista de Neurología*, 43, 201-208.
- Beitchman, J.H., Wilson, B. Johnson, C.J., Atkinson, L., Young, A., Adlaf, E., Escobar, M. y Douglas, L. (2001). Fourteen-year follow-up of speech/language impaired and control children: Psychiatric outcome. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 75-82.
- Bishop, D.V.M. (1997). *Uncommon understanding. Development and disorders of language comprehension in children*. Hove (UK): Psychology Press.
- Bishop, D.V.M. (2000). Pragmatic language impairment: A correlate of SLI, a distinct subgroup, or part of the autistic continuum? En D.V.M. Bishop y L.B. Leonard (Eds.) *Speech and language impairments in children. Causes, characteristics, intervention and outcome*. Hove (UK): Psychological Press.
- Bishop, D.V.M., Adams, C.V. y Norbury, C.F. (2004). Using nonword repetition to distinguish genetic and environmental influences on early literacy development: A study of 6-year-old twins. *American Journal of Medical Genetics: Part B. Neuropsychiatric Genetics*, 129, 94-96.
- Bishop, D.V.M. y Norbury, C.F. (2002). Exploring the borderlands of autistic disorder and specific language impairment: A study using standardised diagnostic instruments. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43, 917-929.
- Bishop, D.V.M., Price, T.S., Dale, P.S. y Plomin, R. (2003). Outcomes of early language delay: II. Etiology of transient and persistent language difficulties. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 46, 561-575.
- Bishop, D.V.M. y Snowling, M.J. (2004). Developmental dyslexia and specific language impairment: Same or different? *Psychological Bulletin*, 130, 858-886.
- Botting, N. y Conti-Ramsden, G. (2008). The role of language, social cognition, and social skill in the functional social outcomes of young adolescents with and without a history of SLI. *British Journal of Developmental Psychology*, 26, 281-300.
- Clegg, J., Hollis, C., Mawhood, L. y Rutter, M. (2005). Developmental language disorders – a follow-up in later adult life. Cognitive, language and psychosocial outcomes. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46, 128-149.
- Conti-Ramsden, G. (2000). The relevance of recent research on SLI to our understanding of normal language development. En M. Perkins y S. Howard (Eds.). *New directions in language development and disorders*. Nueva York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Conti-Ramsden, G. (2002). Continuidad académica y educativa en niños con trastorno específico del lenguaje (TEL). *Revista Chilena de Fonoaudiología*, 3, 25-38.
- Conti-Ramsden, G. y Botting, N. (2008). Emotional health in adolescents with and without a history of specific language impairment (SLI). *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49, 516-525.
- Conti-Ramsden, G., Simkin, Z. y Botting, N. (2006). The prevalence of autistic spectrum disorders in adolescents with a history of specific language impairment (SLI). *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47, 621-628.
- Crespo-Eguílaz, N. y Narbona, J. (2003). Perfiles clínicos evolutivos y transiciones en el espectro del trastorno específico del desarrollo del lenguaje. *Revista de Neurología*, 36, 29-35.

- Crespo-Eguílaz, N. y Narbona, J. (2006). Subtipos de trastorno específico del desarrollo del lenguaje: perfiles clínicos en una muestra hispanohablante. *Revista de Neurología*, 43, 193-200.
- Dale, P.S., Price, T.S., Bishop, D.V.M. y Plomin, R. (2003). Outcomes of early language delay: I. Predicting persistent and transient language difficulties at 3 and 4 years. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 46, 544-560.
- Desmarais, C., Sylvestre, A., Meyer, F., Bairati, I. y Rouleau, N. (2008). Systematic review of the literature on characteristics of late-talking toddlers. *International Journal of Language and Communication Disorders*, 43, 361-389.
- Fey, M.E., Krulik, T.E., Loeb, D.F. y Proctor-Williams, K. (1999). Sentence recast use by parents of children with typical language and specific language impairment. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 8, 273-286.
- Girolametto, L., Weitzman, E. y Greenberg, J. (2003). Training day care staff to facilitate children's language. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 12, 299-311.
- Jackson-Maldonado, D., Thal, D., Marchman, V.A., Fenson, L., Newton, T. y Conboy, B. (2003). *MacArthur-Bates Communicative Development Inventories*. Baltimore: Paul H. Brookes. Adapt. Española: López-Ornat, S., Gallego, C., Gallo, P., Karousou, A., Mariscal, S. y Martínez, M. (2005). *Inventario de desarrollo comunicativo MacArthur*. Madrid: TEA.
- Law, J., Tomblin, J.B. y Zhang, X. (2008). Characterizing the growth trajectories of language-impaired children between 7 and 11 years of age. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 51, 739-749.
- Law, J., Campbell, C., Roulstone, S., Adams, C. y Boyle, J. (2008). Mapping practice onto theory: the speech and language practitioner's construction of receptive language impairment. *International Journal of Language and Communication Disorders*, 43, 245-263.
- Leonard, L.B. (1998). *Children with specific language impairment*. Cambridge: MIT Press.
- Leonard, L.B. (2009). Is expressive language disorder an accurate diagnostic category? *American Journal of Speech-Language Pathology*, 18, 115-123.
- Lum, J.A.G., Conti-Ramsden, G. y Lindell, A.K. (2007). The attentional blink reveals sluggish attentional shifting in adolescents with specific language impairment. *Brain and Cognition*, 63, 287-295.
- Paul, R. (1991). Profiles of toddlers with slow expressive language development. *Topics in Language Disorders*, 11, 1-13.
- Paul, R. (2000). Predicting outcomes of early expressive language delay: Ethical implications. En D.V.M. Bishop y L.B. Leonard (Eds.) *Speech and language impairments in children. Causes, characteristics, intervention and outcome*. Hove (UK): Psychological Press.
- Rescorla, L. y Schwartz, E. (1990). Outcome of toddlers with expressive language delay. *Applied Psycholinguistics*, 11, 393-407.
- Rice, M.L. y Smolik, F. (2007). Genetics of language disorders: clinical conditions, phenotypes, and genes. En M.G. Gaskell (Ed.) *The Oxford handbook of psycholinguistics*. Oxford: Oxford University Press.
- Rice, M.L., Taylor, C.L. y Zubrick, S.R. (2008). Language outcomes of 7-year-old children with or without a history of late language emergence at 24 months. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 51, 394-407.
- Scarborough, H.S. y Dobrich, W. (1990). Development of children with early language delay. *Journal of Speech, and Hearing Research*, 33, 70-83.
- Semel, E., Wiig, E.H. y Secord, W.A. (1997). *Clinical Evaluation of Language Fundamentals-3 Spanish edition*. San Antonio (Tx): The Psychological Corporation.
- Simkin, Z. y Conti-Ramsden, G. (2009). 'I went to a language unit': Adolescents' views on specialist educational provision and their language difficulties. *Child Language Teaching and Therapy*, 25, 103-122.

- Tallal, P. (2000). Experimental studies of language learning impairments: From research to remediation. En D.V.M. Bishop y L.B. Leonard (Eds.) *Speech and language impairments in children. Causes, characteristics, intervention and outcome*. Hove (UK): Psychological Press.
- Tomblin, J.B., Records, N.L., Buckwalter, P., Zhang, X., Smith E. y O'Brien, M. (1997). Prevalence of specific language impairment in kindergarten children. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 40, 1245-1260.
- Westerlund, M., Berglund, E. y Eriksson, M. (2006). Can severely language delayed 3-year-olds be identified at 18 months? Evaluation of a screening version of the MacArthur-Bates communicative development inventories. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 49, 237-247.
- Wren, Y., Roulstone, S., Parkhouse, J. y Hall, B. (2001). A model for a mainstream school-based speech and language therapy service. *Child Language Teaching and Therapy*, 17, 107-126.
- Zubrick, S.R., Taylor, C.L., Rice, M.L. y Slegers, D.W. (2007). Late language emergence at 24 months: an epidemiological study of prevalence, predictors, and covariates. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 50, 1562-1592.