

# Trastorno específico del lenguaje: concepto, clasificaciones y criterios de identificación

M.D. Fresneda, E. Mendoza

## TRASTORNO ESPECÍFICO DEL LENGUAJE: CONCEPTO, CLASIFICACIONES Y CRITERIOS DE IDENTIFICACIÓN

**Resumen.** Introducción. Se hace una revisión del trastorno específico del lenguaje (TEL), que hace referencia a unas importantes dificultades en la adquisición del lenguaje en ausencia de problemas neurológicos, cognitivos, sensoriales, motores o sociofamiliares. Según distintas estimaciones, entre un 2 y un 7% de la población infantil presenta TEL entre ligero y grave. Desarrollo. En primer lugar se exponen algunas de las definiciones del TEL, que bajo un punto de vista del desarrollo histórico, se caracterizan por una pérdida progresiva del carácter de 'organicidad' del trastorno. A continuación se presentan los principales trabajos que se han centrado en el establecimiento de clasificaciones del TEL, dado su carácter heterogéneo y los diferentes dominios lingüísticos que se ven afectados en cada caso. Algunas clasificaciones se han realizado siguiendo criterios clínicos, otras se han centrado en el establecimiento de subgrupos en función de datos empíricos, mientras que otras han intentado validar con datos empíricos los subtipos clínicos previamente establecidos. Por último, hemos expuesto los criterios de identificación del TEL: identificación por exclusión, identificación por especificidad, identificación por discrepancia e identificación por el propio desarrollo del trastorno, tratando en todo momento de aportar una visión crítica de estos criterios. Conclusiones. El TEL sigue generando debate en la comunidad científica, puesto que los problemas que se manifiestan en este trastorno tienen importantes implicaciones para el estudio del lenguaje bajo distintas perspectivas: lingüística, psicológica y neurológica, especialmente. [REV NEUROL 2005; 41 (Supl 1): S51-6]

**Palabras clave.** Fonología. Morfología. Pragmática. Retraso del lenguaje. Semántica. Sintaxis. Trastorno específico del lenguaje (TEL). Trastorno expresivo. Trastorno mixto expresivo-receptivo.

## INTRODUCCIÓN

La existencia de niños, en todas las culturas, que presentan dificultades en la adquisición del lenguaje sin manifestar problemas en otros ámbitos que las expliquen, está generando en la comunidad científica internacional un interés creciente en el estudio de esta problemática de la que actualmente se conoce todavía muy poco.

El trastorno específico del lenguaje (TEL) hace referencia a un conjunto de dificultades en la adquisición del lenguaje que están presentes en un grupo de niños que no evidencian problemas neurológicos, cognitivos, sensoriales, motores ni sociofamiliares, teniendo en cuenta los medios actuales de diagnóstico en las diferentes disciplinas.

Desde el inicio del estudio del TEL hemos padecido múltiples dificultades relacionadas con la propia definición, con los criterios diagnósticos y con el establecimiento de los posibles subgrupos en una población muy heterogénea.

Uno de los problemas más importantes a la hora de referirnos al TEL consiste en no saber exactamente a qué tipo de niños nos estamos refiriendo, ni cuáles son sus problemas ni sus perfiles lingüísticos. A pesar de ser problemático, es un aspecto básico y necesario, tanto para diseñar investigaciones dirigidas a estudiar las habilidades o comportamientos lingüísticos y/o cognitivos, como para decidir sobre la conveniencia o necesidad de inclusión de un niño en algún programa de intervención logopédica.

El término 'TEL' no es ni nuevo ni novedoso, ya que surge unido a otros o ha sido tratado como una derivación de los tras-

tornos afásicos en adultos; progresivamente ha ido desplazando al otro más clásico de disfasia, que ha sido el más extendido hasta hace algunos años en la cultura europea. El término 'disfasia', a su vez, sustituía a otros, como alalia, audiomudez, sordera verbal congénita, afasia evolutiva, etc. Se trata de un problema que, según distintas estimaciones, afecta entre el 2 y el 7% de la población infantil.

En primer lugar, abordaremos algunas definiciones significativas que distintos autores han dado del TEL, entendiéndolo como un término heredado del de disfasia. En la actualidad, la utilización del término 'TEL' parece obedecer a su carácter más descriptivo.

A partir de la segunda mitad del siglo XX se han ido proponiendo una serie de tipologías para clasificar a la población heterogénea de niños que presentan un cuadro de TEL. Estas tipologías se han efectuado con diversos criterios; algunas de ellas se han desarrollado en base a observaciones clínicas, mientras que otras se han apoyado en datos empíricos y han seguido criterios experimentales. Finalmente, se han establecido otras taxonomías con el objetivo de validar experimentalmente los datos derivados de observaciones y de agrupaciones clínicas.

Muy en relación con el establecimiento de las taxonomías del TEL, nos aparece el tema de la delimitación de los criterios que se utilizan en el ámbito de la investigación y de la logopedia para identificar a los niños con TEL. La identificación es un tema complejo que nos plantea una serie de preguntas referentes a si los criterios seguidos en uno u otro dominio son, o deben ser, similares; si un niño con posible TEL debe siempre y en todo caso reunir los requisitos exigidos para ser un sujeto de investigación idóneo; si su respuesta al tratamiento va a depender de su mayor o menor ajuste a las normativas que, en cierta forma, están tipificadas. Los criterios que se han seguido para la identificación de niños con TEL han sido, principalmente, los criterios de exclusión, de especificidad, de discrepancia, y de desarrollo. En definitiva, un niño presentaría un TEL si el tras-

Aceptado: 13.06.05.

Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico. Universidad de Granada. Granada, España.

Correspondencia: Dra. M.<sup>a</sup> Dolores Fresneda. Facultad de Psicología. Campus de Cartuja, s/n. E-18071 Granada. E-mail: fresneda@ugr.es

© 2005, REVISTA DE NEUROLOGÍA

torno no se puede atribuir a ninguna causa obvia, si sólo afecta a alguna o algunas 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 lingüísticos perduran en el tiempo, aunque cambien de alguna forma sus manifestaciones.

Sin embargo, numerosas investigaciones sobre TEL revelan que estos niños pueden presentar deficiencias adicionales en audición, en habilidades cognitivas o motoras, sugiriendo que este trastorno y la implicación de los sistemas lingüístico no es tan específico como parece. Actualmente, gracias al interés de diferentes disciplinas en el estudio del TEL, se vislumbra con cierto optimismo la posibilidad de contar próximamente con pruebas de neuroimagen cerebral, genéticas y lingüísticas que permitan la identificación precoz de forma fiable de este trastorno.

### CONCEPTO Y DEFINICIONES DEL TEL

El término ‘trastorno específico del lenguaje’ (TEL) es una traducción al español del inglés *specific language impairment* (SLI), popularizado, entre otros autores, por Bishop y Leonard [1,2], aunque existen precedentes en la década de los ochenta [3]. El término TEL nació unido a, o como una derivación de, los trastornos afásicos de adultos. Paulatinamente ha ido desplazando a otros más clásicos, como alalia, audiomudez, sordera verbal congénita, afasia evolutiva, disfasia, etc.

Benton [4] consideró la afasia infantil como un trastorno evolutivo caracterizado por presentar problemas graves de comprensión y/o expresión del lenguaje hablado, en ausencia de pérdida auditiva, retraso mental o trastorno emocional. En la misma dirección, Eisenson [5] se refirió a la afasia evolutiva como a una disfunción del sistema nervioso central, presumiblemente producida por un fracaso o retraso en la maduración cerebral o porque el daño cerebral generara trastornos perceptivos, que se podrían asociar con una dificultad grave para la normal adquisición del lenguaje. En ambas definiciones, debido a la derivación de la afasia en adultos, se alude al carácter lesional o disfuncional del trastorno. En la misma dirección se pronunció Ajuriaguerra [6] al referirse a los niños oyentes-mudos: niños que no adquirían el habla, sin poderse justificar ni por falta de inteligencia ni de oído.

Launay [7] utilizó el término de disfasia para referirse a un ‘trastorno funcional, sin sustrato de lesión orgánica clínicamente descubrible... La disfasia funcional es, para nosotros, una forma de evolución del déficit de lenguaje observado en los primeros años de la vida, todos los estadios intermedios existentes entre un retraso totalmente curable y las formas más duraderas de la disfasia’. Launay reservó los términos ‘afasia congénita de expresión’, ‘audiomudez’, ‘afasia de recepción’, ‘sordera verbal’ y ‘agnosia auditiva’ para referirse a los trastornos graves de adquisición y elaboración del lenguaje.

La definición más integradora del TEL procede de la ASHA (American Speech-Language Hearing Association) [8]: ‘un trastorno de lenguaje es la anormal adquisición, comprensión o expresión del lenguaje hablado o escrito. El problema puede implicar a todos, uno o algunos de los componentes fonológico, morfológico, semántico, sintáctico, o pragmático del sistema lingüístico. Los individuos con trastornos del lenguaje tienen frecuentemente problemas de procesamiento del lenguaje o de abstracción de la información significativa para almacenamiento y recuperación por la memoria a corto o a largo plazo’.

Johnston [9] consideró que la importancia de esta definición no estriba en las respuestas que proporciona, sino en las cuestiones que plantea. Alude explícitamente a los procesos psicológicos de comprensión y expresión (que ya se asumía en las consideraciones de sordera verbal y audiomudez), a las modalidades de lenguaje oral y escrito, y a los componentes lingüísticos de fonología, morfología, semántica, sintaxis y pragmática, así como a algunas deficiencias de procesamiento.

Crystal [10] aplicó el término ‘disfasia infantil’ a ‘los niños que, por alguna razón, han fracasado totalmente en el desarrollo del lenguaje, que lo han hecho sólo parcialmente o que se han desviado del curso normal’.

El avance que se puede considerar más esclarecedor en la conceptualización y, principalmente, en la delimitación operacional del TEL se debió a la obra de Stark et al [3]. Los autores marcaron una serie de criterios mínimos para el diagnóstico de los niños con TEL, y de exclusión de niños cuyos problemas con el lenguaje obedecen a una causa diferente. Estos criterios son:

- Nivel auditivo de 25 dB en la banda de frecuencias de 250 a 6.000 Hz, y de 25 dB en el reconocimiento de palabras familiares.
- Estatus emocional y conductual normal, por lo que se excluyen los casos que presenten problemas conductuales graves o problemas especiales de ajuste familiar o escolar.
- Nivel intelectual mínimo, por lo que se considera que no presentan este trastorno los niños cuyo CI de ejecución sea inferior a 85.
- Estatus neurológico sin signos de alteración, por lo que no alcanzarían el criterio de TEL los niños con claros signos neurológicos o con historia de traumatismo cerebral, epilepsia u otros indicadores de trastorno neurológico.
- Destrezas motoras del habla normales, con exclusión de los niños con problemas orales motores periféricos, deficiencias en la sensibilidad oral o anomalías orofaciales.
- Nivel lector normal, en caso de que el niño haya iniciado el aprendizaje formal de la lectura.

Estos criterios supusieron un avance muy importante, sobre todo en el ámbito de la investigación, porque posibilitaron que en trabajos posteriores se siguieran unas normas de selección de la población lo más similares posibles.

Continúa el estudio y la caracterización del TEL, y en 1991 [11] aparece un artículo de Leonard en el que se plantea si el TEL debe constituir una categoría clínica. Considera que la causa de un trastorno de lenguaje es el producto de la variación en los factores genéticos y ambientales, que hacen que algunos niños sean torpes, otros sean amusicales y otros tengan dificultades espaciales y de su propio esquema corporal. El TEL es producto de la desviación normal de la inteligencia, o de las ‘inteligencias’ en sentido gardneriano [12]. Los niños con trastornos en el lenguaje serían, simplemente, niños en los que sus habilidades lingüísticas se sitúan en el extremo inferior del continuo de la dimensión lingüística. Tomblin [13] replicó a Leonard diciendo que, aunque fuera así, la relevancia de las destrezas lingüísticas en nuestra sociedad y, por tanto, el impacto de un desarrollo lento o desviado de las mismas, es muy superior al que puede tener un bajo nivel de desarrollo de aptitudes musicales, espaciales o propioceptivas.

Aram [14] respondió también a Leonard diciendo que, evidentemente, el TEL no constituye una categoría clínica como una caracterización global, sino que se trata de un conglomerado

do de subcategorías o de subgrupos, con posibles factores causales diferentes. Esta observación nos introduce en uno de los aspectos que ha generado más debate en torno al TEL, como es la consideración de si constituye una única categoría clínica, una población homogénea, o si, por el contrario, bajo el rótulo global de TEL se incluye una serie de trastornos del lenguaje diferentes, que afectan a distintos dominios lingüísticos y no lingüísticos, con unos perfiles de capacidades y deficiencias específicas, y unas respuestas al tratamiento diferentes. En la actualidad parece tener más sentido abordar la heterogeneidad de la población con TEL que no considerar el problema como si de una única categoría se tratase. A continuación abordaremos el tema de la heterogeneidad del TEL y los criterios de clasificación que se han venido adoptando.

## CLASIFICACIONES DEL TEL

La variedad de problemas de lenguaje que los niños pueden desarrollar es muy amplia, tal como han mostrados los trabajos de clasificación y establecimiento de subtipos de TEL. Desafortunadamente, el panorama de los subtipos identificados hasta la fecha, dista mucho de ser claro, lo que se puede deber, al menos en alguna extensión, a los diferentes métodos de clasificación utilizados. En muchos de estos estudios, el número de participantes es demasiado pequeño para identificar relaciones estadísticas significativas. En la inmensa mayoría de estudios, además, las medidas no cubren el rango total de habilidades cognitivas y lingüísticas. La mayoría –si no todos– de los subtipos aparecidos conciernen estrictamente a muestras de hablantes ingleses, lo que significa que la posibilidad y validez de los subgrupos identificados para poblaciones clínicas no inglesas son simplemente desconocidas. Deben realizarse investigaciones translingüísticas para poder establecer tipologías de aplicación más general.

Se han seguido distintas orientaciones para establecer subgrupos de niños con TEL. Wilson et al [15] diferenciaron entre enfoques cuantitativos y multivariados por un lado, y sistemas clínicos o inferenciales, por otro. En general, los enfoques clínicos operan a través de observaciones y consenso entre profesionales y pretenden hacer una descripción de subgrupos en términos clínicos. Las tipologías obtenidas por esta vía se caracterizan por basarse en formulaciones teóricas, con poca o ninguna referencia a medidas estandarizadas o a validaciones empíricas. Por el contrario, los enfoques cuantitativos utilizan técnicas multivariadas de análisis retrospectivo de baterías psicométricas para buscar subgrupos homogéneos.

La categorización más clásica del TEL procede de los trabajos de Rapin y Allen [16-18], y se basa en la clasificación en tres categorías principales de trastornos del desarrollo del lenguaje: trastornos mixtos receptivoexpresivos, trastornos expresivos, y trastornos de procesamiento de orden superior. En la primera categoría se incluye la agnosia auditiva verbal (problemas de procesamiento auditivo central) y los déficit fonológico-sintácticos. En ambos casos el trastorno afecta tanto a la comprensión como a la expresión del lenguaje. La segunda categoría incluye la dispraxia verbal, que conlleva problemas de fluidez y dificultades motoras del habla, lo que hace que los aspectos organizativos del habla estén particularmente afectados, y los trastornos de programación fonológica, que afectan principalmente a la inteligibilidad del habla. La tercera categoría incluye los déficit lexicosintácticos, caracterizados principalmente por problemas de hallazgo de palabras, y los déficit semánticos

copragmáticos, que limitan principalmente las destrezas conversacionales. En el primer estudio de Rapin et al [17], los subtipos se delimitaron mediante observaciones subjetivas, mientras que en el de Rapin [18] se diferenciaron en base a una revisión de los distintos estudios sobre clasificación de los trastornos del lenguaje.

Los trastornos del habla y del lenguaje aparecen también recogidos en el DSM-IV [19], dentro de los trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia. Siguiendo criterios clínicos y de consenso, diferencia entre los trastornos del lenguaje expresivo y los trastornos mixtos del lenguaje receptivo-expresivo. Hay que señalar que el DSM-IV integra en ambos grupos tanto a los trastornos adquiridos como a los del desarrollo, por lo que tendríamos que precisar más la correspondencia y limitarla a estos últimos.

Como resumen, las tipologías de TEL establecidas en base a criterios clínicos enfatizan e incrementan las teorías neuropsicológicas y lingüísticas, aunque prescinden de cualquier tipo de validación empírica. De las primeras clasificaciones derivadas del estudio de la afasia infantil se ha pasado progresivamente a establecer unas tipologías de TEL que pueden ya recibir el nombre de específicas de los trastornos del lenguaje en la infancia.

En distintos estudios psicométricos se ha examinado el fundamento empírico de los sistemas de clasificación de los trastornos. El primer intento de clasificación del TEL con base empírica procede de Aram et al [20], que aplicaron una serie de medidas psicométricas a niños diagnosticados de trastornos del desarrollo del lenguaje y a través del estudio de los perfiles obtenidos determinaron la existencia de seis subtipos diferentes. En otros trabajos con base empírica [21] sólo se aislaron dos subgrupos. Fletcher [22,23], mediante medidas de análisis de habla espontánea, identificó cuatro subtipos en una muestra de 15 sujetos. En general, en todos estos trabajos empíricos se ha contado con unas muestras de sujetos muy reducidas, lo que hace que la interpretación de las características de cada subgrupo se base, a veces, en las manifestaciones de un único sujeto.

Merecen especial mención los estudios dirigidos al establecimiento de subgrupos de niños con TEL llevados a cabo por Conti-Ramsden et al [24,25], al haberse realizado con una muestra de sujetos bastante amplia; aplicaron una batería estandarizada de tests de lenguaje y realizaron análisis estadísticos muy sólidos. Sus resultados apoyan la existencia de seis subgrupos diferentes en niños de 7 años con problemas de lenguaje que, de alguna forma, se corresponden con los subtipos iniciales de Rapin y Allen.

En la actualidad siguen apareciendo investigaciones empíricas dirigidas al establecimiento de subgrupos de niños con TEL. Van Daal et al [26], utilizando así mismo una amplia batería de tests de habilidades fonológicas, léxicas, morfosintácticas, discursivas y pragmáticas, han determinado la existencia de cuatro subgrupos, que los denominan como déficit lexicosemántico, déficit de producción del habla, déficit sintáctico-secuencia y déficit de percepción auditiva. Merece destacar este trabajo por ser uno de los pocos realizados con sujetos de lengua no inglesa, concretamente su muestra está formada por sujetos holandeses.

En definitiva, nos encontramos ante dos orientaciones diferentes a la hora de clasificar a los sujetos que presentan TEL: clasificaciones de tipo clínico y de base empírica. Aunque éstas no son coincidentes, puesto que estamos ante un trastorno con unas manifestaciones muy heterogéneas, pensamos que con un carácter operativo y para conseguir la máxima simplificación de

los criterios diagnósticos, nos podemos referir a un grupo de niños cuyas deficiencias se circunscriben al plano expresivo (TEL-E) y a otro grupo con dificultades en el plano expresivo y en el receptivo en mayor menor grado (TEL-ER), sin descartar la existencia de algunos casos de difícil ubicación en estos dos grandes apartados.

### CRITERIOS DE IDENTIFICACIÓN DEL TEL

Uno de los problemas más importantes a la hora de referirnos al TEL radica en no saber exactamente a qué tipo de niños, con qué problemas y con qué perfiles lingüísticos, nos estamos refiriendo. Para tener un claro concepto de cuáles son las personas que presentan el problema que hemos denominado TEL necesitamos conocer los criterios que se han utilizado para su identificación.

Los criterios que se han seguido para la identificación de niños con TEL han sido, principalmente, los criterios de exclusión, de especificidad, de discrepancia, y de evolución. En definitiva, un niño presentaría un TEL si el trastorno no se puede atribuir a ninguna causa obvia, si sólo afecta a alguna o algunas 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 lingüísticos perduran en el tiempo, aunque cambien de alguna forma sus manifestaciones.

#### *Identificación por inclusión-exclusión*

Los criterios de inclusión-exclusión aluden a los requisitos mínimos que un individuo debe tener para ser incluido dentro de la población de TEL, o por el contrario, los problemas y alteraciones que se deben descartar en un individuo para poderlo identificar como TEL. Estos criterios son los más utilizados en la selección de sujetos que van a constituir la muestra de trabajos de investigación. Según estos criterios, no formarían parte de la población de individuos con TEL aquellos que presentaran como causa principal retraso mental, deficiencia auditiva, disturbios emocionales severos, anomalías bucofonatorias, y signos neurológicos claros. En algunos casos también se han excluido los niños cuyo problema de lenguaje sea una consecuencia de factores adversos de tipo sociocultural o ambiental. Bajo el prisma de la inclusión, pueden formar parte de la población de niños con TEL los que manifiesten un nivel cognitivo mínimo, los que superen un *screening* auditivo en frecuencias conversacionales, los que no presenten ninguna lesión que pudiera explicar el trastorno, o los que no hayan sido diagnosticados dentro de algún cuadro del espectro autista.

Aunque existe un amplio consenso dentro del ámbito investigador en la utilización de los criterios de exclusión, su definición operacional puede variar entre distintos autores. Por ejemplo, en el trabajo pionero de Stark et al [27] se requería que los niños con TEL tuvieran un cociente intelectual (CI) no verbal superior a 85, aunque otros investigadores proponen un CI de 75 a 80 como punto de corte. Con respecto a la audición, Stark et al sólo incluyen en la categoría de TEL a los niños que superen un *screening* audiométrico bilateral de 20 dB en el rango de frecuencias de 250 a 6.000 Hz, al ser éste el rango en el que se encuentran prácticamente todos los sonidos del habla, y aquellos que logren pasar una prueba de discriminación auditiva de palabras familiares a una intensidad de 25 dB, si bien en otros trabajos se ha utilizado un sistema de control auditivo más pre-

ciso. Se excluye también a los niños cuyas historias evolutivas y exploraciones neurológicas evidencien signos específicos de lesión, aunque los criterios de exclusión no se han establecido de una forma tan explícita. Igualmente, se tiende a excluir a los niños con trastornos fonológicos, aunque en este caso las normas son más variables. Por ejemplo, en el sistema diagnóstico de Stark et al, ya comentado, se excluye también a los niños cuyos problemas fonológicos sean más graves que los lingüísticos. No obstante, no especifican la diferencia en gravedad que se debe presentar entre unos y otros problemas, lo que hace que la adopción de este criterio dependa de la propia decisión del investigador o del logopeda.

Tenemos que reconocer que se requiere la utilización de unos mínimos criterios de inclusión para garantizar un buen control experimental aunque, como ya hemos comentado en otro lugar [28], puede empobrecer la interpretación del trastorno, puesto que se han encontrado fenotipos bastante similares al del TEL en poblaciones que no alcanzan alguno de estos criterios [29,30].

#### *Identificación por especificidad*

Desde antiguo se ha reconocido la existencia de una patología 'específica' en los trastornos del lenguaje; la diferencia entre un trastorno 'específico' frente a un trastorno 'generalizado' es uno de los principales indicadores que se utilizan para diferenciar distintos trastornos, como, por ejemplo, el TEL frente al autismo.

Los criterios de especificidad son, en cierta forma, complementarios a los de exclusión, y se podrían considerar como la otra cara de la misma moneda. Si por exclusión se entiende que se descartan otras posibles etiologías como origen del trastorno, por especificidad se entiende que los niños con TEL no pueden presentar ninguna patología diferente a la lingüística. La especificidad asume la normalidad en todos los dominios, excepto en el lenguaje.

Distintas investigaciones sobre el TEL han revelado que algunos niños muestran dificultades adicionales en sus habilidades auditivas, cognitivas o motoras [31-34]; si esto es así, el trastorno no es tan específico como previamente se creía. Es más, las implicaciones teóricas pueden ser completamente diferentes en ambos casos. La especificidad del trastorno del lenguaje dejando intactas otras habilidades vendría a indicar que el funcionamiento lingüístico tiene una composición modular y es independiente de otros dominios cognitivos [35]; si, por el contrario, el trastorno no fuera específico del lenguaje, esto querría indicar que su funcionamiento no sería modular, sino que su procesamiento sería similar al de otros dominios cognitivos [31,36].

Van der Lely [37] ha presentado recientemente un trabajo en el que intenta clarificar la controversia entre estas dos posturas. Su consideración es que el TEL es un trastorno heterogéneo y que las dificultades lingüísticas que manifiestan los distintos subgrupos pueden tener, potencialmente, sus orígenes en diferentes causas subyacentes. Destaca que algunos niños con TEL manifiestan unas pobres habilidades sensoriales y no verbales, mientras que otros sólo presentan dificultades con los aspectos estrictamente lingüísticos, especialmente con los computacionales (fonología, morfología y sintaxis). Si en algunos casos el TEL es parte de un problema cognitivo general, en otros, al no aparecer sintomatología asociada de otra índole, no lo sería, siendo el problema específico del dominio lingüístico-computacional. En trabajos previos [38,39], van der Lely se había referido a un grupo concreto de TEL, que denominó TEL-gramatical (TEL-G), en el que su problema es específico de un dominio

especializado, como es el gramatical, sin descartar otros tipos de TEL en los que su trastorno se ubicaría en un dominio cognitivo más general.

En definitiva, la heterogeneidad de la población con trastornos del lenguaje hace que el tema de la especificidad en algunos casos de TEL cobre un interés muy especial y nos ayude a profundizar en las posibles bases genéticas del trastorno. La reciente integración de nuevas aproximaciones teóricas al estudio del TEL desde la lingüística, psicolingüística, neurociencias, genética molecular y biología están aportando y lo seguirán haciendo en el futuro mejores criterios y tests de identificación de TEL.

### **Identificación por la discrepancia**

Tanto logopedas como investigadores utilizan alguna fórmula de discrepancia para determinar el servicio a prestar, o la inclusión de un niño en un programa experimental. La discrepancia se ha establecido considerando las diferencias entre la edad lingüística con respecto a la edad cronológica (discrepancia cronológica), o la discrepancia entre la edad lingüística con respecto a la edad cognitiva (discrepancia cognitiva). Los criterios de discrepancia más utilizados en investigación son los propuestos por Stark et al [27], que son los siguientes:

- Al menos 12 meses de diferencia entre edad mental (EM) o edad cronológica (EC) y edad de lenguaje expresivo (ELE).
- Al menos 6 meses de diferencia entre EM o EC y edad de lenguaje receptivo (ELR).
- Al menos 12 meses de diferencia entre EM o EC y una puntuación de edad lingüística compuesta (expresiva + receptiva).

La edad lingüística global debe ser, al menos, 12 meses inferior a la edad cronológica o a la edad mental no verbal. El DSM-IV [19] utiliza criterios de discrepancia cognitiva para el diagnóstico del trastorno del lenguaje expresivo y del trastorno mixto del lenguaje expresivo y receptivo. Obviamente, a mayor discrepancia, mayor severidad del trastorno, aunque esto nos puede hacer minusvalorar algunos problemas de lenguaje muy graves en niños que, dadas sus limitaciones cognitivas, no podrían alcanzar el grado de discrepancia mínima (por ejemplo, síndrome de Down, síndrome de X frágil, autismo, síndrome de Rett, etc.)

### **Identificación por la evolución**

Si definimos el TEL mediante un criterio evolutivo, éste presenta un carácter duradero y es resistente al tratamiento [40]. Estos son los indicadores que nos permiten diferenciar entre el TEL y el retraso del lenguaje (RL), que se reduce con el tiempo y responde bien al tratamiento. Estos indicadores –perdurabilidad y resistencia–, lejos de ayudarnos a la identificación temprana, suponen un gran obstáculo, puesto que se trata de un trastorno va a depender de su propio curso evolutivo. No podríamos saber si, por ejemplo, un niño de 3 años presenta un TEL o, simplemente, su lenguaje está retrasado o evoluciona más lentamente, pudiéndose incluso esperar una recuperación total.

Bishop et al [41] consideraron que la distinción entre retraso y trastorno del lenguaje está justificada, tal como apoyan los estudios epidemiológicos. El problema estriba en cómo establecer la diferenciación en la práctica. Como norma general de diferenciación sugieren que, en ausencia de problemas en otros dominios, los niños que sólo dicen algunas palabras a la edad de 3 años, utilizan holofrasas a la edad de 3 años y medio, y sólo emiten frases de dos palabras a los 4 años, pueden presentar un problema ciertamente grave. Por otro lado, los niños con RL

evoluciona de forma muy significativa hacia la normalidad en torno a los 5 años. Otros autores, por el contrario, consideran que la distinción entre RL y TEL no está clara [42], puesto que es probable que la recuperación que se observa en los RL a los 5 años de edad no sea real, ya que coincide con la edad a la que el ritmo de progreso lingüístico en niños sin retraso de lenguaje alcanza una fase estable, por lo que parece desacelerarse para volver a producirse una nueva aceleración inducida por nuevas demandas que exige el aprendizaje de la lectura.

En definitiva, la cuestión referente a la existencia de dos categorías (TEL y RL) no está, ni mucho menos, resuelta: la diferenciación entre ambas tiene más un carácter técnico y orientativo para la intervención logopédica que un estricto carácter neurológico.

## **CONSIDERACIONES FINALES**

El tema de la clasificación de niños con TEL ha avanzado desde las primeras inferencias clínicas hasta unos estudios metodológicamente muy correctos que han intentado validar clínicamente los subgrupos obtenidos empíricamente. El dilema central en la actualidad radica en establecer la diferenciación en base a los procesos psicológicos de comprensión, expresión o ambos, o ateniéndose a las dimensiones lingüísticas de fonología, morfología, sintaxis, semántica y pragmática.

En relación a los criterios de identificación del TEL, los más utilizados han sido los criterios de inclusión/exclusión, de especificidad, de discrepancia y los de tipo evolutivo.

Según los criterios de inclusión/exclusión, sólo se considera que presentan TEL los niños cuyo trastorno del lenguaje no se puede explicar por ninguna otra causa de tipo cognitivo, auditivo, emocional o neurológico, por lo que se excluirían de esta categoría los niños que, aunque tengan trastornos lingüísticos, presentan, además, alguno de los problemas mencionados. Si se adopta la perspectiva de la especificidad se supone que el trastorno debe afectar al lenguaje y sólo al lenguaje. En la actualidad existe un importante debate en torno a la especificidad del TEL, debate que refleja diferentes consideraciones teóricas del funcionamiento lingüístico y cognitivo. También han sido identificados los niños con TEL siguiendo criterios de discrepancia entre sus habilidades lingüísticas, expresivas y receptivas, y cognitivas. Las fórmulas de discrepancia derivan de la hipótesis cognitiva, según la cual el desarrollo cognitivo es un prerrequisito necesario para que emerja el lenguaje, asumiendo una clara relación unidireccional. Por último, otro de los criterios utilizados en la identificación del TEL ha sido el evolutivo, según el cual el TEL presenta un carácter duradero y es resistente al tratamiento. Este criterio centra el debate del retraso frente a la desviación lingüística, tema que no está del todo resuelto. Las investigaciones sobre hablantes tardíos están aportando datos enriquecedores sobre el retraso y la desviación del lenguaje. La mayoría de los niños que han sido hablantes tardíos siguen posteriormente presentando problemas lingüísticos. Se ha señalado que la narrativa y la comprensión del vocabulario son las dos habilidades que marcan principalmente las diferencias entre hablantes tempranos y tardíos, aunque el curso evolutivo y la respuesta al tratamiento siguen siendo los principales indicadores del TEL.

Con respecto a la persistencia de los retrasos de lenguaje, los datos de que disponemos son bastante insuficientes. Sería deseable el poder llegar a establecer el ‘punto crítico’ o edad a la cual la probabilidad de remisión del problema es más (o

menos) probable. Los trabajos que hemos comentado apuntan hacia una elevada persistencia del problema, si bien los períodos de seguimiento en estudios longitudinales han sido relativamente cortos.

En conclusión, estamos ante una población altamente hete-

rogénea, por lo que los intentos de clasificación se han de situar siempre en el dilema entre la individualidad de cada niño con TEL y la necesidad de buscar puntos comunes con vistas al establecimiento de unos esquemas diagnósticos adecuados y a la planificación de la mejor opción terapéutica.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Bishop D, Leonard L. *Speech and language impairment in children: causes, characteristics, intervention and outcome*. Oxford: Psychology Press; 2001.
2. Leonard L. *Children with specific language impairment*. Boston: MIT Press; 2002.
3. Stark R, Tallal P. Selection of children with specific language deficits. *J Speech Hear Disord* 1981; 46: 114-22.
4. Benton AL. Developmental aphasia and brain damage. *Cortex* 1964; 1: 43.
5. Eisenson J. Developmental aphasia: a speculative view with therapeutic implications. *J Speech Hear Disord* 1966; 33: 3-13.
6. Ajuriaguerra J. *Manual de psiquiatría infantil*. 2 ed. Barcelona: Toray-Masson; 1975.
7. Launay C, Borel-Maisonny S. *Los trastornos del lenguaje, la palabra y la voz en el niño*. 1 ed. Barcelona: Toray-Masson; 1975.
8. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, text revised (DSM-IV TR)*. Washington DC: APA; 2000.
9. Johnston JR. Specific language disorders in the child. In Lass NJ, McReynolds LV, Northern JL, Yoder DE, eds. *Handbook of speech pathology and audiology*. Toronto: BC Decker; 1988. p. 685-715.
10. Crystal D. *Patología del lenguaje*. Madrid: Cátedra; 1983.
11. Leonard LB. Specific language impairment as a clinical category. *Lang Speech Hear Serv Schools* 1991; 22: 66-8.
12. Gardner H. *Frames of mind: the theory of multiple intelligences*. New York: Basic Books; 1983.
13. Tomblin JB. Examining the cause of specific language impairment. *Lang Speech Hear Serv Schools* 1991; 22: 69-74.
14. Aram DM. Comments on specific language impairment as a clinical category. *Lang Speech Hear Serv Schools* 1991; 22: 84-7.
15. Wilson BC, Risucci DA. A model for clinical-quantitative classification. Generation I: application to language-disordered preschool children. *Brain Lang* 1986; 27: 281-309.
16. Rapin I, Allen DA. Developmental language disorders: nosologic considerations. In Kirk U, ed. *Neuropsychology of language, reading and spelling*. New York: Academic Press; 1983.
17. Rapin I, Allen DA. Developmental dysphasia and autism in preschool children: characteristics and subtypes. In Martin J, Fletcher P, Grunwell P, Hall D, eds. *Proceedings of the First International Symposium on Specific Speech and Language Disorders in Children*. London: AFASIC; 1987. p. 20-35.
18. Rapin I. Developmental language disorders: a clinical update. *J Child Psychol Psychiatry* 1996; 37: 643-56.
19. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 4 ed. (DSM-IV). Washington DC: American Psychiatric Association; 1994.
20. Aram DM, Nation JE. Patterns of language behaviour in children with developmental language disorders. *J Speech Hear Res* 1975; 18: 229-41.
21. Wolfus B, Moscovitch M, Kinsbourne M. Subgroups of developmental language impairment. *Brain Lang* 1980; 10: 152-71.
22. Fletcher P. Evidence from syntax for language impairment. In Miller J, ed. *Research on child language disorders*. Austin, TX: Pro-Ed; 1991.
23. Fletcher P. Subgroups in school-age language-impaired children. In Fletcher P, Hall D, eds. *Specific speech and language disorders in children: correlates, characteristics and outcomes*. London: Whurr; 1992. p. 152-65.
24. Conti-Ramsden G, Crutchley A, Botting, N. The extent to which psychometric tests differentiate subgroups of children with SLI. *J Speech Lang Hear Res* 1997; 40: 765-77.
25. Conti-Ramsden G, Botting N. Classification of children with specific language impairment: longitudinal considerations. *J Speech Lang Hear Res* 1999; 42: 1195-204.
26. Van Daal J, Verhoeven L, Van Balkom H. Subtypes of severe speech and language impairment: psychometric evidence from 4-year-old children in the Netherlands. *J Speech Lang Hear Res* 2004; 47: 1411-23.
27. Stark R, Tallal P. Selection of children with specific language deficits. *J Speech Hear Disord* 1981; 46: 114-22.
28. Mendoza E. Criterios de identificación del TEL. In Mendoza E, ed. *Trastorno específico del lenguaje (TEL)*. Madrid: Pirámide; 2001. p. 45-66.
29. Chevrie-Muller C. Trastornos específicos del desarrollo del lenguaje. In Carbona J, Chevrie-Muller C, eds. *El lenguaje del niño: desarrollo normal, evaluación y trastornos*. Barcelona: Masson; 1997. p. 249-75.
30. Rice M, Warren SF, Betz SK. Language symptoms of developmental language disorders: an overview of autism, Down syndrome, fragile-X, specific language impairment and Williams síndrome. *Appl Psychol* 2005; 26: 7-27.
31. Leonard L. *Children with specific language impairment*. Cambridge, MA: MIT Press; 1998.
32. Bishop D. *Uncommon understanding: comprehension in specific language impairment*. Hove, UK: Psychology Press; 1997.
33. Bishop D, McCarther GA. Individual differences in auditory processing in specific language impairment. A follow-up study using event-related potentials and behavioural thresholds. *Cortex* [in press].
34. Tallal P. Experimental studies of language learning impairment: from research to remediation. In Bishop D, Leonard L, eds. *Speech and language impairment in children*. Hove, UK: Psychology Press; 2000. p. 131-56.
35. Pinker S. *El instinto del lenguaje*. Madrid: Alianza; 1995.
36. Joanisse MF, Seidenberg MS. Phonology and syntax in specific language impairment: evidence from a connectionist model. *Brain Lang* 2003; 86: 65-77.
37. Van der Lely HKJ. Domain-specific cognitive systems: insight from grammatical-SLI. *Trends Cogn Sci* 2005; 9: 53-9.
38. Van der Ley HKJ. Language modularity and grammatically specific impaired children. In Aldridge M, ed. *Child language*. Avon: Multilingual Matters; 1996. p. 188-201.
39. Van der Lely HKJ. SLI in children: movement, economy and deficits in the computational syntactic system. *Lang Acquisition* 1998; 72: 161-92.
40. Monfort M, Juárez A. *Los niños disfasicos: descripción y tratamiento*. Madrid: CEPE; 1993.
41. Bishop D, Rosenbloom L. Childhood language disorders: classification and overview. In Yule W, Rutter M, eds. *Language development and disorders*. Oxford: Mac Keith Press; 1987. p. 16-41.
42. Scarborough H, Dobrich W. Development of children with early language delay. *J Speech Hear Res* 1990; 37: 70-83.