

CAPÍTULO 14

ALTERACIONES DEL LENGUAJE Y LA COMUNICACIÓN SEGUNDA PARTE

TEMAS DEL CAPÍTULO

Trastornos del lenguaje: afasias.

TEL (Trastorno Específico del desarrollo del Lenguaje). Disfasia.

Trastornos del lenguaje secundarios a otras condiciones.

Mutismo selectivo.

Trastornos del lenguaje no verbal.

TRASTORNOS DEL LENGUAJE: AFASIAS

Al observar el cuadro de clasificación de los trastornos del lenguaje y la comunicación (fig.13.5), se constata que hasta este punto nos hemos ocupado de los trastornos del “habla”. El esquema que sigue reproduce la parte superior de la clasificación y sirve de “repaso” de lo visto hasta aquí en el capítulo anterior:

Trastornos del "habla"	De la articulación de fonemas.	-Dislalias. -Disglosias.
	De la articulación y expresión del habla.	-Disartrias.
	De la voz y resonancia.	-Disfonías. -Afonías.
	Del ritmo y fluidez.	-Disfermias. -Farfuleo.

Como se ha podido apreciar, aunque no resulta siempre fácil separar netamente los trastornos del habla de los del lenguaje, sigue siendo válida la distinción como criterio general, y útil en muchos casos. Ahora nos concentraremos en las alteraciones que afectan fundamentalmente al "lenguaje", es decir, a la calidad y el contenido de los mensajes, al simbolismo de la lengua, tanto en su vertiente comprensiva como expresiva, y no en la calidad de la articulación de los sonidos del habla, fonación, ritmo y fluidez. Siguiendo la fig.13.5, examinaremos la afasia, por su importancia dentro de la patología del lenguaje y la neuropsicología, la disfasia y TEL (Trastorno Específico del Lenguaje). Finalmente, mencionaremos trastornos del lenguaje secundarios a otras condiciones.

AFASIAS

La afasia suele ser definida como una pérdida total o muy significativa del lenguaje expresivo o comprensivo/expresivo, a causa de lesión cerebral. Se asocia a una gran dificultad en la capacidad simbólico-lingüística, consecuencia del daño (tumores, traumatismos, infecciones, problemas vasculares) y afecta en forma severa la conducta adaptativa e interacciones de la vida diaria. "Lenguaje" se circunscribe aquí a lo lingüístico, a lo verbal. Crystal (1983), refiriéndose a una controversia básica en el campo de la afasiología, que explica la ambigüedad existente en torno al concepto, dice que la definición amplia de afasia incluye toda dificultad que un paciente tenga con la función simbólica como resultado de un daño cerebral. El lenguaje verbal, como principal medio de expresión simbólica, resulta afectado centralmente, pero otras formas de conducta relacionadas con el manejo de símbolos también se verán perjudicadas, junto a importantes cambios cognoscitivos y de personalidad.

Según la definición específica, la afasia es únicamente una patología lingüística: el paciente sería el mismo de antes, salvo su reducida capacidad para hablar, comprender, leer y escribir... El autor estima que resulta sensato adoptar una posición flexible que considere que los problemas lingüísticos son los primarios, sin excluir que se consideren dentro del síndrome otros déficits en memoria, atención, razonamiento lógico y áreas semejantes.¹

¹ Jorge González Cruchaga, en su influyente monografía de fines de los años '60, después de revisar la postura de diferentes autores, definía la afasia como un "síndrome caracterizado esencialmente por una asimbolía adquirida del código verbal y escrito y/o un trastorno articulatorio motor, de origen encefálico, habitualmente focal y que cursa en un cuadro orgánico cerebral". Y añadía: "al concebirla así, creemos que la afasia es la pérdida de lo esencialmente humano, que es nuestra posibilidad de expresarnos".

Frente al deterioro completo o parcial de la comprensión, formulación y empleo del lenguaje verbal, etc., algunos autores, como es el caso del mismo Crystal, ciñéndose a la etimología de los términos, prefieren hablar de dis-fasia y dis-fásicos más que de a-fasia y a-fásicos, ya que - como explica- en la práctica “existen pocos casos donde la ausencia total del lenguaje sea el resultado de la patología”.² Para el gran científico en el área de la psicobiología del lenguaje -muerto prematuramente- Erick Lenneberg (1975), “el denominador común más llamativo de la afasia es la evidencia omnipresente de que el paciente no ha ‘perdido’ literalmente el lenguaje”. Es decir,

“No es que haya regresado a un estado de no lenguaje, como, por ejemplo un animal o incluso una persona que haya olvidado todo lo que antes sabía en un idioma extranjero. Normalmente podemos demostrar que un afásico todavía comprende algunas oraciones, reconoce algunas palabras o sabe básicamente ‘cómo funciona el lenguaje’. Las pocas expresiones que todavía puede producir están claramente configuradas conforme a algunos aspectos de la lengua materna del paciente. En el sentido literal de la palabra, únicamente presentan interferencias las habilidades lingüísticas del paciente”.

Para la N.A.A. (National Aphasia Association)³ en USA, la afasia es la incapacidad para comunicarse a través de la lengua oral, incluida la pérdida de las habilidades de lectura y escritura. Como ocurre con otras alteraciones, puede ir de leve a severa. En el contexto de una concepción específica del problema, se afirma que aunque el sujeto se vea perjudicado en el lenguaje, ello no afecta necesariamente otras habilidades en su vida. La comprensión puede permanecer intacta.

Se suele distinguir entre pacientes expresivos, receptivos y mixtos. Sin embargo, hay numerosas clasificaciones de las afasias, las que obedecen a muy variados criterios. González Cruchaga examina 18 de ellas. Entre otras, las tradicionales de Broca y Wernicke,

En este punto discrepamos del Profesor González: si bien se puede ver seriamente afectada o interferida la posibilidad de expresión verbal, de algunas funciones cognitivas y motoras, de aspectos motivacionales y de “lingüistificación” del pensamiento, el afásico no pierde la capacidad de pensar ni de comunicarse, aunque esto último lo hace apoyado especialmente en recursos no verbales y paralingüísticos. Se mantiene, en consecuencia, lo esencialmente humano.

Lenneberg (1975) en sus “Fundamentos biológicos del lenguaje”, al momento de las interpretaciones teóricas de las afasias (punto IV, capítulo 5: “Aspectos neurológicos del habla y el lenguaje”) prefiere hablar de “interferencia” más que de “pérdida” del lenguaje.

González Cruchaga fue jefe del Servicio de Neuropsiquiatría del Instituto de Neurocirugía y fundó la Escuela de Afasia y Trastornos Neurológicos del Lenguaje. Publicó “El síndrome afásico” (Editorial Andrés Bello) en 1969, resultado de un concienzudo estudio de 187 enfermos.

² Esto no deja de inducir a confusión ya que, como lo explicamos, en muchos círculos académicos y profesionales -y eso ocurre en Chile- se reserva el término disfasia para referirse a los trastornos evolutivos (o del desarrollo) específicos del lenguaje, al menos en sus formas severas, y no a trastornos adquiridos resultantes de daño cerebral. A estos últimos se los denomina afasias, aunque constituyan interferencias (pérdidas) parciales y no totales del lenguaje.

³ N.A.A.: National Aphasia Association. Ver en www.aphasia.org. Para buscar información como la que se cita aquí, ver también [http:// webferret. search.com](http://webferret.search.com)

más las de Head, Goldstein, Jakobson, Luria, y Wepmann, por nombrar algunas.⁴ Crystal, al tratar el punto, dice que, sin dejar de lado las grandes diferencias individuales entre los “disfásicos”, resulta legítimo querer clasificar su conducta en categorías amplias. La mayor parte de tales intentos han llegado a una clasificación binaria del tipo:

- | | |
|--------------------|----------------------|
| • Expresiva. | • Receptiva. |
| • Ejecutiva. | • Evaluativa. |
| • De producción. | • De comprensión. |
| • Motora. | • Sensorial. |
| • De codificación. | • De decodificación. |
| • De Broca. | • De Wernicke. |
| • No fluida. | • Fluida. |

Este autor dice que en la actualidad se insiste en que tales términos no son absolutos, y que no representan una división tajante. Resulta preferible -atendiendo a los síntomas y a la dificultad para certificar que sólo la comprensión o la expresión es lo que está deteriorado (o intacto) hablar de afásicos predominantemente expresivos o afásicos predominantemente receptivos. Cuando los problemas parecen afectar a la persona en igual medida, se habla de una patología mixta (“global” o “central”).

Algunos sistemas de clasificación se han basado en la localización de la lesión. Otros, sólo en la conducta del sujeto. El adoptado por la N.A.A. divide la afasia en dos amplias categorías: fluent and non-fluent: fluente y no fluente.

- Los pacientes **con afasia fluente** (fluida) tienen problemas para comprender la lengua oral y escrita.

También se le conoce como afasia sensorial, posterior o de Wernicke. El afásico fluente puede demostrar una expresión sin esfuerzo, escasos problema de articulación, pero un discurso pobre, escaso vocabulario, circunloquios, jerga, parafasias...

- Las personas con **afasia no fluente** (no fluida) tienen dificultades para comunicarse en forma oral o por escrito. También es conocida como afasia motora, anterior o de Broca. La expresión del afásico no fluente se caracteriza por un enorme esfuerzo articulatorio, pero con un contenido significativo más rico.

⁴ Una tabla desplegable y comparativa las incluye todas, las dieciocho, dato que puede ser de interés para más de algún lector.

Luria, cuya influencia ha sido decisiva para el desarrollo de la afasiología, introduce su libro “Cerebro y lenguaje: la afasia traumática, síndromes exploración y tratamiento” (Fontanella, Barcelona, 1978. 560 páginas) con estas palabras:

“La afasia, la teoría de los trastornos del lenguaje y del habla asociados con lesiones del hemisferio izquierdo (dominante), es uno de los campos más importantes de la neurología. La teoría de los trastornos afásicos reviste un elevado interés para la clínica neurológica como para la lingüística y la psicología del lenguaje”.

- La forma más severa de afasia es la **global**: las personas que la presentan tienen problemas tanto para expresarse, como para comprender la lengua oral o escrita, lo que obedece a una lesión que afecta gran parte de las áreas del lenguaje del hemisferio dominante.

La afasia varía en grados y según las áreas afectadas.⁵ Los diagnósticos más frecuentes, según la N.A.A. (National Aphasia Association), que incluyen los recién expuestos, son:

- **Afasia global**: Es la forma más severa de afasia: se diagnostica cuando el sujeto es incapaz de generar palabras reconocibles y tiene muy escasa comprensión de la lengua hablada. Afecta, además, la habilidad para leer y escribir. Típicamente se observa después de un ataque o derrame cerebral. Una mejora es posible con una intervención temprana, pero las personas con un daño cerebral muy cuantioso sufrirán un daño permanente.
- **Afasia de Broca** (no fluente): Esta forma de afasia limita la capacidad del sujeto para hablar, con la excepción un vocabulario muy restringido y la emisión de sonidos. Le resulta muy difícil a la persona, sin embargo, moldear los sonidos. A pesar de su incapacidad para hablar, no pierde su comprensión del lenguaje.
- **Afasia mixta no fluente**: Esta terminología se utiliza para definir a sujetos que tienen un habla difícil e inadecuada. Si bien se asemeja a una afasia de Broca severa, hay limitaciones de comprensión que dejan a los pacientes con la incapacidad de leer o escribir más allá de un nivel muy elemental.
- **Afasia de Wernicke** (fluente): Se crea una incapacidad para entender el significado de las palabras habladas, aunque el sujeto mantiene la habilidad de hablar. Los patrones de habla son atípicos y el paciente tiene dificultades para completar ideas, introduciendo palabras que no calzan con la conversación. La lectura y la escritura también están deterioradas.
- **Afasia anómica**: Las personas con esta particular forma de afasia encuentran muy difícil utilizar palabras que tratan de evocar durante la conversación. Esto es especialmente evidente con las categorías de nombres y verbos. El habla puede ser relativamente fluida, sin embargo la incapacidad para conversar a un ritmo expedito a causa de la anomia deja frustrado al paciente. Estas personas no tienen problemas para comprender el lenguaje, permaneciendo intactas sus habilidades de lectura y escritura.

Hay otras combinaciones de alteraciones en que están involucrados el lenguaje y su comprensión. Pueden coocurrir variados síntomas, planteando desafíos para el diagnóstico, ya que no es posible ubicarlos en una categoría específica. Por ejemplo, el déficit primario puede afectar la lectura (alexia), o pueden ocurrir alteraciones que afectan la lectura y

⁵ La clasificación según la localización cortical de la lesión, a la que se ciñen Gallardo y Gallego (1995) es la siguiente: Lesiones en las áreas corticales del lenguaje (zona perisilvana):

- Afasia de Broca.
- Afasia de Wernicke.
- Afasia global o total.

Lesiones limítrofes a las áreas corticales del lenguaje: afasia de conducción, afasia motora transcortical, afasia sensorial transcortical, afasia transcortical mixta, afasia anómica.

escritura (alexia y agrafia) y no otras funciones.⁶ Otros datos de interés aportados por la N.A.A. es que la afasia puede ocurrirle a cualquiera, sin importar la edad, sexo, raza, educación o estatus. Puede ser temporal: puede durar unas pocas horas o pocos días, dependiendo de la extensión del daño y la intervención médica oportuna. Más de la mitad de quienes presentan inicialmente los síntomas, se recuperan. No puede prevenirse, ya que la localización y magnitud del daño neurológico determinan la alteración. Hasta el momento no hay drogas o medicación disponible para curarla, sin embargo se ha tenido algún éxito con terapia del habla y cirugía. Esta última ha probado ser exitosa en casos en que se logra reducir la hinchazón provocada por un tumor u otro daño. La terapia del habla no constituye una cura, pero habilita al paciente a hacer uso de habilidades que no lograron ser impactadas por el trauma cerebral.

Crystal discurre con algún detalle -acompañándose de transcripciones del alterado discurso de pacientes afásicos en interacción con sus terapeutas- las características de aquellos que calzan mejor con el tipo predominantemente expresivo o con el predominantemente receptivo, junto a síntomas típicos: agramatismo, disprosodia, perseveraciones, jerga, parafasias, circunloquios, anomia, ecolalia, palilalia, uso de secuencias automatizadas, problemas de comprensión, uso de lenguaje irrelevante y vacío de significado, etc.⁷ Junto a las curiosas disociaciones que pueden ocurrir y a la gran variabilidad de los síntomas en cada sujeto, concluye que

⁶ *Habíamos adelantado, al compararla con la dispraxia, que “en la afasia no se puede decir lo que se quiere” y en la dispraxia “no se puede hacer lo que se quiere”. Ambas alteraciones las clasifica Crystal entre las patologías centrales. González Cruchaga (1969) distingue de la afasia la disartria, dislalia, ecolalia, palilalia y otras alteraciones, que ve como “síntomas que, aunque coinciden con los trastornos afásicos, carecen de la característica de asimbolía en un cuadro orgánico cerebral, que es lo definitorio de la afasia”.*

Ecolalia: consiste en la repetición automática por el paciente de frases o palabras que se le dirigen. No es un eco pasivo de base física, explica González, sino una reacción primitiva de orden comunicativo en la que el paciente responde automáticamente a un estímulo de lenguaje nacido de otro hombre.

Palilalia: consiste en la repetición por el paciente de sílabas, palabras o frases que él mismo ha emitido, siendo a veces seguido el fenómeno por una aceleración paulatina de la expresión verbal que llega a hacer ininteligible lo que se trata de expresar.

⁷ *Jerga (jergafasia): habla ininteligible. Circunloquios: expresiones en torno a un mismo tema. Palilalia: repetición involuntaria de sílabas, palabras o frases que el mismo paciente ha emitido. Estereotipias: conjunto de sonidos, siempre los mismos, que se repiten en cualquier circunstancia, a modo de respuesta o pregunta. Disprosodia: uso inadecuado de la entonación, junto a pausas irregulares. Anomia (afasia nominal): gran dificultad para encontrar los nombres, las palabras necesarias. Parafasia: trasposición, adición o sustitución no intencional de sonidos irrelevantes (parafasia literal), o de otras unidades básicas de lenguaje (sílabas, morfemas, palabras... lo que lleva a hablar de parafasia nominal y parafasia semántica, según el cambio obedezca a un parecido sonoro o de significado).*

“Debe quedar en claro, tanto desde la confusión terminológica que existe en este tema, como desde la ambigüedad con que se postulan diferentes síndromes afásicos, que esta es un área de la patología del lenguaje que proporciona un gran ámbito de investigación - más quizá que cualquier otro...”.

“La investigación sobre la afasia ha sido, de hecho, uno de los principales medios para indagar acerca de la estructura y funcionamiento cerebrales. Es el único síndrome en el cual puede considerarse que los diversos niveles del lenguaje (gramática, vocabulario, etc.) funcionan independientemente unos de otros. Al explorar qué es aquello que marcha mal, y el lugar que ocupa en el sistema del lenguaje, pueden apuntarse ideas acerca de cómo funciona el lenguaje que podrán utilizarse en otros contextos además del clínico. La afasia, se ha dicho (aunque no sin ser discutido) es la clave de nuestro conocimiento del lenguaje como totalidad”.

Cuetos (2003)⁸, investigador español, desde la perspectiva de la neuropsicología cognitiva, que contrasta con la neuropsicología clásica, dice que la aplicación de ese enfoque al estudio de los pacientes afásicos “ha supuesto cambios en todos los niveles: desde las categorías utilizadas en la clasificación -ya que se abandonan los grandes síndromes- hasta la manera de enfocar la evaluación y la rehabilitación”. La neuropsicología cognitiva muestra varias diferencias con la clásica, entre las cuales, la preferencia a identificar los síntomas peculiares de cada paciente más que pretender encasillarlo en un determinado síndrome. Junto a ello, se privilegian los estudios de casos por sobre los estudios de grupos. A este respecto, sostiene:

“La agrupación de los pacientes afásicos en síndromes ha servido para dar un cierto orden al confuso mundo de las afasias. Pero este sistema de clasificación tiene grandes inconvenientes. El principal es que raramente se encuentra un caso que muestre todos y sólo los síntomas de un determinado síndrome. Lo normal es que presente síntomas que pueden pertenecer a varios síndromes diferentes, por lo que resulta difícil su clasificación. De hecho, el número de pacientes que encajan claramente en alguno de los síndromes establecidos es bastante reducido, pues aunque varía de unos estudios a otros, en pocos se estima que pasen del 50% y algunos autores afirman que no más del 20 o el 30% de los pacientes afásicos se pueden incluir en alguno de los grandes síndromes”.

Este investigador estima que el hecho de clasificar a los pacientes en determinados síndromes puede ayudar a formarse una idea genérica sobre el trastorno que padecen, pero no resulta muy útil como información de la naturaleza exacta del trastorno, “algo fundamental, cuando el objetivo del diagnóstico es elaborar un programa de rehabilitación que sea eficaz”. Otro contraste de interés que hace ver entre la neuropsicología clásica y la cognitiva, es que aquella ha tratado de averiguar qué síntomas aparecen asociados. Por ejemplo, si la falta de fluidez, el agramatismo y problemas del procesamiento verbal se dan asociados (síntomas que se agrupan en la afasia de Broca), se supone dependen de un mismo proceso cognitivo- neuronal.

Ello, sin embargo, no necesariamente es así: lo que en realidad puede haber ocurrido es que, como dependen de sustratos anatómicos que están muy próximos, la lesión los ha afectado conjuntamente. La existencia de pacientes que presenten alguno(s) de esos síntomas y no otro(s), es señal de que dependen de procesos distintos. La neuropsicología cognitiva se interesa justamente en determinar qué procesos son disociables, es decir, en las

⁸ Cuetos, Fernando: “Evaluación de las afasias desde la neuropsicología cognitiva”. Revista Chilena de Fonoaudiología. Escuela de Fonoaudiología. Facultad de Medicina. U. de Chile. Vol. 4, N°1, 2003.

disociaciones más que en las asociaciones. Si alguien presenta un lenguaje fluente, pero agramático, quiere decir que ambas alteraciones son independientes. Más aun, si aparece el patrón opuesto, es decir, el caso de una persona afásica que tenga un lenguaje no fluente, pero correcto gramaticalmente (ocurre, así, una doble disociación), “constituye una prueba irrefutable de que ambos trastornos tienen causas diferentes y que deben explicarse como daño a distintos componentes del sistema de procesamiento lingüístico”.

Las dobles disociaciones, señala, son una importante herramienta metodológica ya que sirven para separar procesos que tradicionalmente se habían considerado dependientes. En otras palabras,

“Mientras que el neuro-psicólogo clínico coloca sobre la mesa los perfiles de los diferentes síndromes para ver, en función de los síntomas que observa, con cuál de ellos encaja mejor el paciente que está evaluando, el neuro-psicólogo cognitivo coloca sobre la mesa los modelos de procesamiento lingüístico para ver, en base a esos síntomas, qué componentes tiene dañados el paciente”

Lo anterior ha llevado a un cambio importante tanto en el tipo de pruebas utilizadas para el diagnóstico y evaluación de los afásicos, como -más importante aún- en los procedimientos relativos al tratamiento. El autor avala con interesantes ejemplos sus afirmaciones.

Completamos el punto sobre las afasias advirtiendo que en niños no deben confundirse con las disfasias/trastornos específicos del desarrollo del lenguaje, que trataremos a continuación. Estos últimos son trastornos del desarrollo y no alteraciones adquiridas. Es cierto que también en niños pueden darse verdaderas afasias, cuando una lesión o daño cerebral los afecta después de haber adquirido el lenguaje. Pero, explica Crystal, haciendo referencia también a los hallazgos de Lenneberg:

“Aquí hay grandes diferencias: si el daño ocurre suficientemente pronto en el ‘período crítico’ de adquisición del lenguaje, aparecerá algún tipo de recuperación espontánea, y esta será de índole muy diferente, y mucho más rápida que la que ocurre en caso de los adultos. La postura que se asume defiende que si el hemisferio izquierdo está extensamente dañado, el derecho es todavía lo suficientemente ‘flexible’ como para asumir las funciones del izquierdo”.

TRASTORNO ESPECÍFICO DEL DESARROLLO DEL LENGUAJE TEL

DISFASIA

Hay niños que se encuentran muy por debajo de sus pares en cuanto a desempeño lingüístico, sin embargo, no presentan retardo mental, déficit auditivo u otra condición que explique tal retraso. A esta patología del lenguaje, de carácter evolutivo, se le ha denominado de varias maneras y tradicionalmente ha sido definida por exclusión (como las “learning disabilities”): no obedece a retardo mental, sordera, daño cerebral o alteraciones neurológicas, condiciones socio-ambientales adversas, etc. Ya que puede ocurrir sin que se vean seriamente afectados otros aspectos del desarrollo (lo que ha resultado ser discutible), se le ha catalogado como trastorno específico del lenguaje.

Se trata de un trastorno del desarrollo del lenguaje, de tipo predominantemente expresivo o receptivo/ expresivo, que puede darse con una capacidad intelectual normal (medida con pruebas no verbales), pero que interfiere de manera significativa el aprendizaje académico o las interacciones de la vida cotidiana.

Considerando que ha existido bastante confusión en relación a este cuadro, que hay variadas sub-categorías propuestas y denominaciones en uso, en general, los autores incluyen en él un rango de alteraciones que van desde:

- **Retrasos** simples: insuficiencia lingüística, es decir expresión y/o comprensión inferiores a lo esperado para la edad, con un desarrollo algo desfasado.
- Hasta **trastornos**: retrasos más definidamente estabilizados, mayores problemas asociados, afectando más severamente la comprensión -lo que incide en la expresión- y un desarrollo lingüístico eventualmente desviado y no sólo retrasado.

Aguado (1999, 2002), experto español⁹ en el área del trastorno específico del lenguaje, estima que este representa:

“Una zona, dentro de las patologías del lenguaje -de difícil ubicación o, al menos con límites imprecisos- que se encontraría entre la dislalia (alteración - omisión, distorsión o sustitución- de un fonema, que no afecta ni se ve afectado por la realización de los fonemas adyacentes) y los trastornos derivados de deficiencia motriz, intelectual o producidos por daño cerebral ”.

Los límites exactos (tanto superior como inferior) de esta zona de patologías que van de menor a mayor severidad, son variables para los diferentes autores, si bien hay consenso en cuanto a sus síndromes centrales o más típicos. Algunos autores llaman disfasia (aceptando diferentes niveles de severidad) a todo el rango; otros reservan ese término sólo las para manifestaciones más severas. La clasificación de Ingram examinada más atrás (punto 5 y fig. 13.2) de lo que denomina síndrome de trastorno específico del lenguaje de tipo evolutivo incluye subtipos organizados de menor a mayor severidad. El extremo más leve corresponde a un retraso centrado básicamente en la pronunciación de las palabras. Crystal (1983) reserva el término disfasia del desarrollo (o evolutiva) para los trastornos que afectan el desarrollo de la sintaxis y la semántica (el lenguaje), dejando, en cambio, fuera del cuadro las dificultades puramente fonéticas y fonológicas.

Aguado (1999), después de examinar las diferentes denominaciones que ha recibido el síndrome, propone adoptar la expresión Trastorno Específico del Lenguaje (TEL) como la mejor manera de identificarlo. Entre las denominaciones que revisa están las de afasia congénita, afasia evolutiva, audiomudez, retraso del lenguaje, trastorno o deterioro evolutivo del lenguaje... Observa Aguado que traducciones francesas de los términos en inglés “(specific) language impairment (or disorder)” suelen ser “dysphasie”.

Si bien el término “específico” plantea problemas y ha sido cuestionado, explica el autor que existen evidencias que permiten hablar de un trastorno “específico” del lenguaje,

“ya que, aunque existan otros procesos psicológicos implicados (percepción, memoria de corto plazo limitada, etc.), estos parecen subordinarse a la alteración del lenguaje, o bien esta representa el núcleo del conjunto de procesos alterados o disfuncionales”.

⁹ Aguado, Gerardo: “Trastorno específico del lenguaje: retraso de lenguaje y disfasia”. Ediciones Aljibe, Málaga, 1999.

Aguado, Gerardo: “Trastorno específico del lenguaje: diversidad y formas clínicas”. Revista Chilena de Fonoaudiología, Vol. 3, n° 1, 48-74, 2002.

En el país, un equipo de investigadores de la Escuela de Fonoaudiología -Facultad de Medicina- de la Universidad de Chile se ha destacado desde hace varios años por sus sustantivos aportes tanto en la conceptualización teórica como en la indagación empírica del TEL (Trastorno Específico del Lenguaje). El año 2002 dicho equipo editó un número especial de la Revista Chilena de Fonoaudiología -su órgano oficial- con el título “Trastorno específico del lenguaje: proyecciones clínicas y educativas”. Junto a los trabajos de varios de sus integrantes, aparecen artículos de Aguado, de la Universidad de Navarra, España, y de Gina Conti-Ramsden, de la Universidad de Manchester, Inglaterra.¹⁰

Pavez (2001) llevó a cabo una “puesta al día” de la clasificación de Ingram en el punto relativo al TEL (Trastorno Específico del Lenguaje), “precisando la semiología con criterios

¹⁰ Resultaría muy extenso dar una cuenta cabal de las numerosas publicaciones y ponencias en diferentes eventos de este fecundo grupo investigador, integrado por fonoaudiólogos y lingüistas: María Mercedes Pavez, Mariángela Maggiolo, Carmen Julia Coloma, Zulema de Barbieri, Selma Alfaro, Juana Barrera, Luis Martínez, Virginia Varela, entre otros. Algunos de sus trabajos:

Coloma, C. J.; Pavez, M. M. y Maggiolo, M.: Caracterización, análisis y estimulación del discurso narrativo de los niños con TEL. *Rev. Chilena de Fonoaudiología*, vol.3, n°1, 75-90, 2002.

De Barbieri, Z.: Conciencia fonológica en niños con trastorno específico del lenguaje. *Rev. Chilena de Fonoaudiología*, vol.3, n°1, 39-47, 2002. Martínez, L.; Herrera, C.; Valle, J. y Vásquez, M.: Razonamiento analógico verbal y no verbal en niños con TEL. *Rev. Chilena de Fonoaudiología*, vol.3, n°1, 5-24, 2002.

Martínez, L.; Palomino, H.; De Barbieri, Z. y Villanueva, P.: Bases genéticas del trastorno específico del lenguaje. *Rev. Chilena de Fonoaudiología*, vol.4, n°1, 37-49, 2003.

Pavez, M.M.: Semiología lingüística de los trastornos específicos del lenguaje en el niño: la clasificación de Ingram. *Rev Chilena de Fonoaudiología*, n°4, 45-63, 2001.

Pavez, M. M.; Coloma, C. J. y González, P. Discurso narrativo y desempeño gramatical en niños con TEL. *Rev. Logopedia, Foniatría y Audiología*, XXI (3), 124-130, 2001.

Alfaro, S. y Tomicic, G. La problemática del diagnóstico fonoaudiológico en los TEL. *Rev. Chilena de Fonoaudiología*, n°4, 5-11, 2001.

De Barbieri, Z. Estudio de habilidades meta fonológicas en niños con trastorno fonológico del lenguaje oral. Tesis para optar al grado de Magister en Ciencias de la Educación mención Dificultades del Aprendizaje. Fac. de Educ. PUC, 2003.

Barrera, J. Estudio acerca de la relación entre comprensión del lenguaje figurado y el rendimiento escolar en una muestra de estudiantes de enseñanza básica. Tesis para optar al grado de Magister en Ciencias de la Educación mención Dificultades del Aprendizaje. Fac. de Educ. PUC, 2003.

Pavez, M.M.; Coloma, C.J.; Martínez, L.; Maggiolo, M. y Luis Romero R. Procedimientos para evaluar discurso PREDI. Ediciones U. Católica de Chile, 2002.

Pavez, M.M.; Coloma, C.J. & Maggiolo, M. El desarrollo narrativo en niños. Ed. Ars Medica, 2008.

Pavez, M.M.; Maggiolo, M. & Coloma, C.J. Test para evaluar procesos de simplificación fonológica. Ediciones U. Católica de Chile, 2008.

En este equipo, especial mención hay que hacer de la eminente lingüista María Mercedes Pavez, desde 2008 miembro de la Academia Chilena de la Lengua, quien, como profesora guía de numerosos seminarios de título y tesis, ha contribuido en forma decisiva al conocimiento en el área de las patologías del lenguaje y el habla.

lingüísticos” y además complementando el trabajo del neurólogo de la Universidad de Edimburgo con “la experiencia obtenida tras varios años de investigación en niños con TEL en la Escuela de Fonoaudiología de la Universidad de Chile”. Explica la autora que Ingram formuló su clasificación en los años ‘70 desde una perspectiva clínica “sin un manejo de conceptos ni de términos especializados”. El neurólogo aborda el lenguaje concentrándose en los aspectos morfosintácticos y fonológicos. En lo que concierne a lo semántico, se limita al vocabulario ignorando lo demás y, por cierto, sin hacer mención de los aspectos pragmáticos. Destaca Pavez el rol que atribuye Ingram al déficit en la comprensión, que, de hecho, define el criterio para diferenciar los cuadros leves y moderados, de los severos.

Recomendamos leer el autorizado análisis de Pavez en su versión completa. No obstante, al haber dado cuenta en páginas anteriores de los subtipos del síndrome de trastorno evolutivo del habla de Ingram¹¹, que reproducimos para comodidad del lector en la fig. 14.1, consideramos de interés entregar algunas de las contribuciones de la investigadora, de gran relevancia para el desarrollo de este punto.

Explica que la clasificación se basa en la severidad de los cuadros, la que se estima tomando en cuenta los aspectos del lenguaje alterados, la presencia o no de problemas de comprensión y la velocidad del desarrollo lingüístico del niño.

[a] Leve	Retraso en la adquisición de palabras. Lenguaje normal.	Dislalia.
[b] Moderado	Retraso más grave en la adquisición de palabras y en el desarrollo del lenguaje hablado. Comprensión normal.	Disfasia expresiva evolutiva.
[c] Grave	Retraso aun más grave en la adquisición de palabras y en el desarrollo del lenguaje hablado. Comprensión deteriorada.	Disfasia receptiva evolutiva. Sordera a las palabras.
[d] Muy grave	Falta de desarrollo del habla. Deterioro en la comprensión del lenguaje y en el significado de otros sonidos. A menudo, sordera manifiesta.	No percepción auditiva. Sordera central.

Fig. 14.1. Subtipos del síndrome de trastorno específico del lenguaje de tipo evolutivo, según Ingram.

Examinemos, en primer lugar, cada subtipo, resumiendo la caracterización que realiza la lingüista chilena, que avala con citas textuales de Ingram. Posteriormente volveremos nuevamente a cada subtipo, sintetizando la puesta al día y precisión de la semiología que lleva a cabo la autora. Es el caso de hacer notar que sus publicaciones más recientes suponen una actualización de algunas de las observaciones que aparecen en este trabajo del año 2001.

¹¹ *Developmental speech disorder syndrome. Ingram utilizó la denominación “speech disorders”, para englobar tanto los trastornos del “habla” como los del “lenguaje”.*

- A. Los cuadros **leves** afectan a niños cuyo desarrollo del lenguaje se inicia dentro de límites normales, pero que presentan “un aprendizaje lento para producir los sonidos de las palabras”. Características:
- Enunciados difíciles de entender por los errores de articulación.
 - Vocabulario, formas gramaticales y comprensión adecuados.
 - Los sonidos afectados varían de niño en niño, dentro de una pauta consistente (se alteran consonantes y grupos consonánticos que se adquieren más tardíamente).
 - Los errores son similares a los de niños más pequeños.
 - Pronóstico bueno: la mayoría habla normalmente hacia los 7 años.
- B. Los cuadros **moderados** afectan a niños con un significativo atraso en su lenguaje expresivo. Características:
- Tienen una historia de atraso en el desarrollo comunicativo.
 - Balbuceo tardío (alrededor 18 m.) y primeras palabras inteligibles hacia los 2 ½ años o después.
 - Aparte del inicio tardío, el desarrollo del lenguaje es más lento: seis meses de un niño normal se logran en un año o más.
 - Mayor alteración en los sonidos de las palabras que en los niños con cuadros leves.
 - Emisiones con formas gramaticales simples e inmaduras.
 - PLE (Promedio de Longitud de Enunciado) inferior al correspondiente a su edad; menos uso de subordinación y uso inmaduro de preposiciones.
 - Vocabulario restringido.
 - Comprensión del lenguaje aparentemente normal (con deficiencias en un examen más riguroso).
 - Pronóstico menos bueno que en cuadros leves, pero la mayoría logra un lenguaje relativamente normal.
 - Probables problemas a lo largo de la escolaridad.
- C. Los niños con trastorno **grave** o **severo** se caracterizan por sus dificultades para comprender el lenguaje oral. Otras características:
- Severo retardo para enunciar los sonidos de las palabras.
 - Severo retardo para adquirir vocabulario y formas gramaticales.
 - Padres advierten que el niño es lento para reconocer su nombre y para comprender órdenes y preguntas.
 - Audición a sonidos diferentes a los del lenguaje, adecuada.
 - Aunque parece oír y comportarse inteligentemente, no comprende lo que se le dice.
 - No habla y prefiere gesticular para comunicarse.
 - Desarrollo del lenguaje oral sumamente lento.

- Algunos de estos niños impresionan como sordos el primer año o más, reaccionando con mucha lentitud ante los sonidos.
 - Pese a audición dentro de límites normales, problemas para discriminar sonidos.
 - Tendencia a apoyarse en gestos y, a veces, en lectura labial.
 - Si bien presentan “disfasia receptiva evolutiva” o “impercepción auditiva”, pueden ser diagnosticados erróneamente como deficientes mentales, autistas, niños con déficit auditivo o perturbación psiquiátrica grave.
 - Pronóstico poco favorable: el problema del desarrollo del lenguaje es persistente; limitaciones verbales durante la escolaridad y dificultades serias en el aprendizaje de la lectoescritura.
- D. Los niños con trastorno **muy grave** o **muy severo** presentan graves dificultades para comprender el lenguaje oral. Entre sus características principales:
- Dificultad, incluso, para reconocer y localizar ruidos no verbales de su entorno.
 - Pueden parecer sordos por meses o hasta años.
 - Parecen oír intermitentemente y pueden responder bien a sonidos de poca intensidad, mientras que en un test formal con sonidos más intensos, no responden.
 - Se dice que presentan “sordera central” y se les ha llamado “no comunicadores”.
 - Se comportan como si tuvieran un grave deterioro auditivo periférico.
 - Expresión verbal inexistente o mínima.
 - Pronóstico desfavorable: muchos de ellos no llegan a utilizar el lenguaje oral como medio de comunicación.

Después de esta caracterización de los subtipos TEL, basada en la terminología y el agudo análisis de Ingram, Pavez los retoma para su actualización y precisión semiológica. Al mismo tiempo, los complementa con nueva información. Se apoya también en un gráfico que ilustra, para cada subtipo, los aspectos que pueden verse afectados -tanto en la vertiente compresiva como expresiva- ya sea en lo que concierne a forma (fonología, morfosintaxis) como a contenido (semántica lexical). Examinaremos en el mismo orden anterior los grupos A (leve), B (moderado), C (grave) y D (muy grave).

- A. Los niños con un trastorno **leve** presentan problemas en la expresión del lenguaje, con una comprensión normal. Corresponde esta situación a un trastorno fonológico.
- El niño conserva procesos fonológicos de simplificación que ya debiera haber eliminado.
 - Puede articular los fonemas aislados, pero el problema surge al unir los fonemas en una palabra.
 - Las emisiones, muy simples, impresionan como lenguaje de niños de menor edad.
 - En la expresión, el desarrollo morfosintáctico y el semántico-lexical son normales.
 - La comprensión del lenguaje también es normal.
 - Es posible que el trastorno fonológico expresivo coexista con problemas de percepción y discriminación auditiva, en especial de fonemas (pese a una audición normal).

- También pueden apreciarse dificultades en secuencias de praxias bucolinguales (siendo normales las praxias bucolinguales aisladas).
 - Las dislalias en el habla afectan en particular fonemas de adquisición más tardía: /r/ / / /s/ /n/ /l/ /d/.
 - En la experiencia clínica, los niños enviados a tratamiento a causa del trastorno leve son muy pocos, comparados con los casos de mayor severidad.
 - Las palabras con estructura fonológica compleja (con sílabas trabadas, con secuencias vocálicas y consonánticas, o de mayor metría) son indicadores sensibles para detectar un probable trastorno fonológico.¹²
- B. Los niños con trastorno **moderado** también presentan alterada la expresión, en mayor grado, con un trastorno fonológico más severo y, a diferencia de los cuadros leves, además con un compromiso morfosintáctico. Se aprecian limitaciones léxicas, aunque la comprensión impresiona como normal en la interacción de todos los días.
- Ha sido el más estudiado en nuestro medio, por su frecuencia en el ámbito educacional y fonoaudiológico.
 - El desempeño gramatical básico de los niños con trastorno moderado es deficitario.¹³
 - En situación de test, niños de 4.0-4.11 años muestran desempeño similar a niños de 3.0-3.11 años sin problemas de lenguaje, pero inferior a estos en lenguaje espontáneo.
 - Su índice PLE es equivalente a niños normales pero de menor edad cronológica.¹⁴
 - El déficit gramatical expresivo es especialmente evidente en el lenguaje espontáneo, pero también con tests formales: deficiencias notables observadas en inflexiones verbales; en uso de pronombres de distinto tipo; en nexos, como preposiciones y conjunciones.
 - Comprensión “impresiona como normal” en situaciones naturales y contextualizadas; en situación de test formal, sin tales claves, el rendimiento está significativamente por debajo del rendimiento normal.
 - En vocabulario, medido con el subtest correspondiente del Test de Carrow, sólo un tercio de los niños con TEL moderado presentaron un rendimiento por debajo de lo

¹² La observación puede efectuarse en lenguaje espontáneo o inducido. La prueba para evaluar los procesos fonológicos de simplificación es el TEPROSIF-R, descrito en el capítulo anterior.

¹³ Pavez informa de estudios comparativos de niños con trastorno moderado y niños normales de 4.0 a 4.11: los primeros demostraron un desempeño gramatical significativamente inferior tanto en el S.T.S.G. Toronto como en el D.A.S.G. Toronto (para lenguaje espontáneo). Los estudios corresponden a Seminarios de Titulación.

¹⁴ En uno de estos mismos estudios, niños entre 4.0 y 4.11 obtuvieron un PLE promedio 2.2, equivalente al de niños 2.8-2.9 años

normal. Con el TEVI, en cambio, que evalúa vocabulario pasivo, casi las tres cuartas partes estuvieron por debajo de la norma.¹⁵

- C. Los cuadros **graves** o **severos** se caracterizan por el déficit en la comprensión, que afecta el nivel fonológico (problemas de percepción y discriminación auditiva, en especial de ítemes lingüísticos), la sintaxis y el vocabulario. En consecuencia, también se ve seriamente afectada la expresión.
- Si el niño habla, su expresión es difícil de entender por el severo trastorno fonológico.
 - Su limitación morfosintáctica es evidente: muchos niños se encuentran en una etapa pre- sintáctica, con enunciados holofrásticos.
 - Otros presentan un estadio sintáctico inicial, con enunciados de dos o tres palabras; si más largos, son agramaticales.
 - Las limitaciones léxicas son evidentes.
 - También se da una sintomatología no verbal: dificultades perceptivas, en especial auditivas; déficit de memoria, de procesamiento secuencial y de atención; problemas de estructuración del tiempo y el espacio, déficit práxicos.
 - Niños disfásicos de 6 a 8 años demuestran un desempeño significativamente deficitario comparados con niños normales de la misma edad en percepción de estímulos auditivos verbales (palabras y logotomas) y no verbales.¹⁶
 - La comprensión de niños de 7 años con TEL severo (evaluada con el S.T.S.G.) corresponde al rendimiento de niños de 4.0 a 4.11 años.
- D. En los cuadros **muy severos** la limitación verbal es de gran envergadura, viéndose gravemente comprometidas tanto la comprensión como la expresión verbal.
- Muchos niños pueden tardar años en adquirir alguna expresión verbal.
 - La semiología lingüística en estos casos no tiene mucha relevancia, frente a las limitaciones comunicativas del niño.

Pavez -cuya cuidadosa descripción de las diferentes manifestaciones TEL hemos expuesto con detalle- advierte que los términos leve, moderado, severo y muy severo, usados en los diferentes subtipos, no suponen una apreciación puramente subjetiva de gradación: corresponden a un modo especializado de uso, que se basa en un conjunto de síntomas que definen el subtipo con precisión:

“Un niño con trastorno moderado no es aquél con un lenguaje que impresiona como medianamente afectado’ frente a otros niños que presentan

¹⁵ Carrow, E. *Test for Auditory Comprehension of Language. Learning Concepts*. Austin, Texas, 1978. Adaptación de Acuña, C. y otros, E. de Fonoaudiología, U. de Chile, 1983.
TEVI: Test de Vocabulario en Imágenes. Echeverría, M. y otros, Ed. U. de Concepción, 1982.

¹⁶ Araya, F. y otros: “Desempeño perceptivo auditivo en niños disfásicos de 6.5 a 8.5 años”. Seminario de Titulación. E. de Fonoaudiología, U. de Chile.

más limitaciones, sino aquél con la semiología característica del cuadro moderado”.

La investigadora hace ver, al mismo tiempo, la necesidad de complementar la descripción de los distintos grados de severidad propuestos por Ingram, con los aspectos semánticos y pragmáticos deficitarios en los niños, que han cobrado tanta importancia los últimos años. De hecho, da cuenta de algunos trabajos llevados a cabo en su equipo acerca del discurso en niños TEL.¹⁷

En relación a las clasificaciones DSM IV - DSM IV TR y CIE 10, se pueden establecer las siguientes relaciones con la clasificación de Ingram:

- El nivel **[A]** corresponde al **trastorno fonológico** del DSM IV y al trastorno específico de la pronunciación de la CIE 10.
- El nivel **[B]** corresponde al **trastorno del lenguaje expresivo** del DSM IV y al trastorno de la expresión del lenguaje de la CIE 10.
- El nivel **[C]** corresponde al trastorno **mixto del lenguaje receptivo-expresivo** del DSM IV y al trastorno de la comprensión del lenguaje de la CIE 10 (También conocido, según la CIE 10, como trastorno mixto expresión/compreensión).

Esta forma de clasificar los trastornos del desarrollo del lenguaje o TEL es ampliamente utilizada en la clínica. La oposición expresivo-receptiva proviene del campo de las afasias. Recuérdese, sin embargo, que los criterios a que se ciñen el DSM IV y CIE 10 son de tipo operacional y no etiológico. Para ilustrar el punto, anotamos comparativamente los criterios diagnósticos que establece el DSM IV para definir el trastorno del lenguaje expresivo y el trastorno mixto del lenguaje receptivo-expresivo en la tabla adjunta (fig. 14.2). Para los demás trastornos remitimos al lector a las fuentes originales. Algunos de los criterios DSM que se muestran en la tabla han sido criticados como, por ejemplo, la discrepancia que debiera darse entre los resultados en los tests de lenguaje y en los de inteligencia no verbal. Aguado (2002) discute en detalle esta cuestión.¹⁸ Por cierto, los criterios del DSM IV,

¹⁷ En la línea de estudios sobre el discurso, la autora publicó en colaboración con su equipo el *PREDI Procedimientos para evaluar discurso*, destinado al trabajo con estudiantes de enseñanza media. (Ediciones U. Católica de Chile, 2001), y más recientemente, *El desarrollo narrativo en niños* (Ed. Ars Medica, 2008).

¹⁸ El libro de Gerardo Aguado *Trastorno específico del lenguaje: retraso de lenguaje y disfasia* (Ediciones Aljibe, Málaga) representa una completa revisión de la materia en español. A fin de que el lector se forme una idea de los contenidos tratados, anotamos a continuación el listado de los capítulos que trae la obra. Gran parte de estos temas ni siquiera serán mencionados en nuestra apretada síntesis.

1. Caracterización del trastorno específico del lenguaje: conceptos básicos.
2. Diversidad dentro del TEL: clasificaciones.
3. Percepción y producción del habla.
4. El vocabulario en los niños con TEL.
5. Morfología, sintaxis y comprensión de oraciones.
6. Ámbito de la interacción: consecuencias del TEL.
7. Genes y cerebro: buscando el origen del TEL.

demasiado genéricos, pueden verse claramente enriquecidos y fundamentados con la precisión semiológica y aportes de Pavez.

Trastorno del lenguaje expresivo	Trastorno del lenguaje mixto receptivo-expresivo
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.	Las puntuaciones obtenidas mediante una batería de evaluaciones del desarrollo del lenguaje receptivo y 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.
Las dificultades del lenguaje expresivo interfieren el rendimiento académico o laboral o la comunicación social.	Las deficiencias del lenguaje receptivo y expresivo interfieren significativamente el rendimiento académico o laboral, o la comunicación social.
No se cumplen criterios de trastorno mixto del lenguaje receptivo-expresivo ni de trastorno generalizado del desarrollo.	No se cumplen criterios de trastorno generalizado del desarrollo.
Si hay retraso mental, déficit sensorial o motor del habla, o privación ambiental, las deficiencias del lenguaje deben exceder de las habitualmente asociadas a tales problemas.	Si hay retraso mental, déficit sensorial o motor del habla, o privación ambiental, las deficiencias del lenguaje exceden de las habitualmente asociadas a estos problemas.

Fig. 14.2. Tabla comparativa de los criterios diagnósticos según el DSM IV del trastorno del lenguaje expresivo y del trastorno del lenguaje mixto receptivo-expresivo.

Aguado revisa varias clasificaciones de los TEL, entre ellas:

Perelló y asociados (1978) admiten grados de intensidad de un mismo proceso patológico, y distinguen:

8. *Evaluación del TEL.*
9. *Intervención en el TEL.*

Aguado tiene trabajos anteriores sobre el TEL. Contribuyó al número especial de la Revista Chilena de Fonoaudiología del año 2002, dedicada al mismo tema, y de la cual ya hicimos mención.

- Retardo simple del habla.
 - Retardo puro del habla.
 - Retardo simple del lenguaje.
- Disfasia.

Bahares y Elizaincín, investigadores uruguayos¹⁹, proponen esta ordenación:

- Retardo de la palabra.
- Retardo simple del lenguaje.
- Disfasias del desarrollo.
 - Expresivas (admiten tres subtipos).
 - Receptivas.

Rapin y Allen propusieron una clasificación en los '80.²⁰ Según Aguado, es la más utilizada por los terapeutas. Se basaron en las descripciones de estados patológicos del lenguaje observados en un significativo número de sujetos. Son “denominaciones del lenguaje de grupos homogéneos de sujetos”. Aguado da cuenta, además, de algunas revisiones efectuadas por autores españoles. La clasificación de estas investigadoras es la que sigue:

- **Trastornos de la vertiente expresiva.**
 - **Trastorno de la programación fonológica.**
Cierta fluidez de producción, pero con articulación confusa (hasta llegar a la ininteligibilidad en enunciados de cierta longitud); notable mejoría de calidad articulatoria en tareas de repetición de elementos cortos aislados (sílabas y palabras); comprensión normal o casi normal.
 - **Dispraxia verbal.**
Grave afectación de la articulación (hasta la ausencia completa de habla); enunciados de 1 ó 2 palabras; articulación que no mejora con la repetición; comprensión normal o próxima a lo normal.
- **Trastornos de comprensión y expresión.**
 - **Trastorno fonológico-sintáctico.**

¹⁹ Behares, L. & Elizaincín, A. *Adquisición del lenguaje: modelos y perspectivas*. En C. Mendilaharsu (ed.): *Estudios neuro-psicológicos*. Delta. Montevideo, 1981.

²⁰ Allen, D. *Developmental language disorders in preschool children: clinical subtypes and syndromes*. *School Psychology Review*, vol. 18, 4, 442-451, 1989.

Rapin, I. & Allen, D. *Syndromes in developmental dysphasia*. En E. Plum (ed.): *Language, communication and the brain*. Raven Press, N.York, 1988.

Rapin, I. & Allen, D. *The semantic-pragmatic deficit disorder: classification issues*. *International J. of Language and Communication Disorders*. Vol. 33, 1, 82-87, 1998.

Déficit mixto receptivo-expresivo; fluidez verbal perturbada; articulación alterada; sintaxis deficiente: frases cortas, omisión de nexos o marcadores fonológicos, laboriosa formación secuencial de enunciados (frases ordenadas según el movimiento del pensamiento que la suscita); comprensión mejor que la expresión. Variables de dificultad de comprensión: LME, complejidad estructural del enunciado, ambigüedad semántica, contextualización del enunciado, rapidez de emisión.

- **Agnosia auditivo-verbal.**

Sordera verbal; fluidez verbal perturbada; comprensión del lenguaje oral severamente afectada o ausente; expresión ausente o limitada a palabras sueltas; articulación gravemente alterada; comprensión normal de gestos.

- **Trastorno del proceso central de tratamiento y de la formulación.**

- **Trastorno léxico-sintáctico.**

Habla fluente con pseudotartamudeo ocasional por problemas de recuperación de palabras; articulación normal o con ligeras dificultades; jerga fluente (en el niño pequeño); sintaxis perturbada: formulación compleja dificultosa, interrupciones, perífrasis y reformulaciones, orden secuencial dificultoso, uso incorrecto de marcadores morfológicos, frecuencia de muletillas; comprensión normal de palabras sueltas; deficiente comprensión de enunciados.

- **Trastorno semántico-pragmático.**

Desarrollo inicial del lenguaje más o menos normal; articulación normal o con ligeras dificultades; habla fluente, a menudo logorreica; puede emitir frases aprendidas de memoria; enunciados bien estructurados gramaticalmente; grandes dificultades de comprensión: puede haber una comprensión literal y no responder más que a una o dos palabras del enunciado del interlocutor; falta de adaptación del lenguaje al entorno interactivo: deficiente ajuste pragmático a la situación y al interlocutor, coherencia temática inestable, probable ecolalia o perseveración.

Para Pavez²¹ el trastorno leve de Ingram equivale al trastorno de programación fonológica de estas autoras; el cuadro moderado es similar al trastorno fonológico sintáctico; y los severo y muy severo se corresponden con la agnosia auditivo-verbal o sordera verbal. Hace ver la investigadora que en la clasificación de Ingram (por razones obvias) no hay una propuesta respecto del déficit semántico-pragmático, que “incluso actualmente es objeto de grandes e interesantes controversias teóricas en cuanto a su existencia como entidad diagnóstica”.

Aguado (2002) establece los puntos de contacto entre la clasificación de Rapin y Allen y las otras que examina, algunas de las cuales no hemos mostrado acá. Por otra parte, en lo que dice relación con la dispraxia verbal, afirma que se trata de un trastorno que no está bien definido y que sus manifestaciones clínicas se solapan y confunden con los trastornos graves

²¹ En “Semiología lingüística”. *Revista Chilena de Fonoaudiología*, 4, 45-63, 2001.

de programación fonológica. Algunos autores habrían llegado a decir que “es una etiqueta en busca de población”. De todos modos:

“De alguna manera, la dispraxia verbal sería a la producción lo que la agnosia auditivo-verbal es a la comprensión y, de la misma forma, su relación con afectaciones neurológicas evidenciables (especialmente, epilepsia) -al menos en algunos casos- permitiría considerar este trastorno fuera del TEL que, como ya se sabe, se define por exclusión, entre otras causas, de alteraciones neurológicas”.

“Algo similar puede decirse de la agnosia auditivo-verbal. Su relación con el síndrome de Landau-Kleffner²² parece también evidente, aunque muchos de los niños con este trastorno no sufren ataques epilépticos. Sin embargo, sus problemas de comprensión, a pesar del buen estado de su percepción auditiva, y el hecho de que algunos de estos niños muestren dificultades también con material no verbal, no parece permitir considerarlo como parte del continuum característico del TEL”.²³

Aguado concluye su análisis crítico de las diferentes clasificaciones con dos afirmaciones:

1. La diferenciación entre TEL-expresivo y TEL-mixto está bien fundamentada, tanto en la investigación como en la actividad terapéutica.
2. Se hace necesario añadir a estos dos grupos de trastornos el de la dimensión pragmática, como ha sido propuesto por varios investigadores (entre los cuales, Rapin y Allen).

➡ Como puede apreciarse de lo expuesto hasta aquí, los niños con TEL constituyen un grupo heterogéneo cuyo sistema de lenguaje por una razón u otra no se corresponde con sus capacidades cognitivas (Conti-Ramsden, 2002).²⁴ Algunos subtipos descritos (varios de los de Ingram y su revisión por Pavez; algunos de los de Rapin y Allen) son “mejores ejemplares” de la categoría o “zona de patologías” TEL. Otros son más periféricos y se traslapan con cuadros y etiologías que hacen más dudoso considerarlos sin más trastornos específicos del desarrollo del lenguaje.

En lo que dice relación con las estrategias de intervención, aparte de la información que puede recabarse de la bibliografía citada en las páginas inmediatamente anteriores, remitimos al lector al capítulo pertinente en Gallardo y Gallego (1995), preparado por García

²² Ver nota en capítulo anterior.

²³ La agnosia auditivo-verbal, a juicio de Aguado (2002), corresponde a la afasia congénita y la audiomudez. Explica también que el trastorno léxico-sintáctico de Rapin y Allen tiene que ver con la limitación en el funcionamiento de los procesos de recuperación de palabras del léxico mental y corresponde al subtipo específico disnómico de Korkman y Häkkinen-Rihu: Korkman, M. & Häkkinen-Rihu, P. A new classification of developmental language disorders. *Brain and Language*, 47, 96-116, 1994.

²⁴ Conti-Ramsden, Gina: Continuidad académica y educativa en niños con TEL. *Revista Chilena de Fonoaudiología*, vol. 3, n°1, 25-38, 2002.

Vílchez²⁵, y los trabajos publicados en la Revista Chilena de Fonoaudiología. García Vílchez explica que la intervención tiene “un triple aspecto educativo” que debiera tener en cuenta los contextos y las personas implicadas: la familia, el centro escolar y el logopeda. Describen el Programa de entrenamiento en los usos cognitivos del lenguaje, adaptación española del programa de desarrollo del lenguaje elaborado por Bereiter y Engelman en USA. Bautista (1993), en el libro dedicado a las NEE (Necesidades Educativas Especiales), incluye un capítulo sobre las alteraciones del lenguaje oral y dentro de ellas el retraso en el desarrollo del lenguaje -redactado por Gallardo y Gallego- que, a diferencia del manual de logopedia, está más centrado en la labor de aula y la adecuada integración de los niños.

Con esto completamos el punto dedicado a las disfasias / trastornos específicos (del desarrollo) del lenguaje en este manual dedicado a profesores y estudiantes de pedagogía que, confiamos, les permitirá formarse una visión de conjunto -aunque limitada por su carácter introductorio- en un problema del desarrollo que afectaría, según estimaciones de Leonard²⁶, a más de un 7% de los niños en edad escolar.²⁷ Otros autores entregan estimaciones ligeramente diferentes. En lo que concierne a la normativa MINEDUC para la detección, evaluación y tratamiento de los TEL, están vigentes el Decreto Supremo N° 1300/2002, que “Aprueba Planes y Programas de Estudio para alumnos con trastornos específicos de lenguaje”, y el Instructivo N° 0610, más reciente, que complementa al decreto anterior. Ambos documentos se pueden ver in extenso en la página web MINEDUC. Teniendo presente que los niños que asisten a “Escuelas Especiales de Lenguaje” lo hacen sólo a nivel de educación parvularia y después deben integrarse al sistema regular, todo educador de aula debe estar preparado para atender una faceta tan significativa de la diversidad, que plantea serios desafíos. Al mismo tiempo, debe conocer más de cerca la labor que realizan profesionales especializados, con los cuales trabajará colaborativamente.

El Decreto N° 0170 de 2009 fija normas para determinar los alumnos con NEE que serán beneficiarios de las subvenciones para Educación Especial. En el Título III, dedicado al

²⁵ Visitación García Vílchez: Capítulo XV “Retraso en el desarrollo del lenguaje oral”. En Gallardo y Gallego (1995).

El esquema desarrollado por García Vílchez contempla:

1. Intervención familiar
 - Información-formación a los padres.
 - Modificación de conductas no lingüísticas.
 - Modificación de conductas lingüísticas.
2. Intervención escolar.
 - Depende de la organización del centro, del personal que participa, condición del niño, etc.
3. Intervención logopédica:
 - Establecimiento de repertorios básicos de entrada.
 - Reeducción del lenguaje (desarrollo fonológico, sintáctico, semántico y pragmático.)

²⁶ Leonard, L. B. *Children with specific language impairment*. MIT Press, Cambridge, MA, 1998.

²⁷ Recientemente, en la Escuela de Fonoaudiología, Facultad de Medicina, de la Universidad de Chile, la fonoaudióloga y psicóloga Virginia Varela M., docente e investigadora, dirigió un Seminario de Grado que trae en su marco teórico una actualizada revisión crítica sobre los TEL.

diagnóstico de los alumnos beneficiarios de la subvención de NEE de “carácter transitorio”, el Párrafo 2 incluye la normativa relativa al Trastorno Específico del Lenguaje.

TRASTORNOS DEL LENGUAJE SECUNDARIOS A OTRAS CONDICIONES

En este apartado final, siguiendo la clasificación que se muestra en la fig. 13.5 del capítulo anterior, haremos una breve referencia a alteraciones del lenguaje (y del habla) que se asocian o son consecuencia o manifestación de otros problemas que justifican el diagnóstico principal. Ingram en el punto 4 de su clasificación enumera varios de tales problemas, los que, advierte, se pueden presentar combinados:

- Defectos mentales.
- Defectos de la audición o pérdida auditiva.
- Disfasia “auténtica” (afasia, por daño cerebral).
- Trastornos “psiquiátricos”: aquí incluye las psicosis, el autismo y el mutismo selectivo.
- Deprivación social grave.

Lo extenso de estos dos capítulos nos obliga a hacer unos breves alcances en torno a estas cuestiones, ya que algunas de ellas han sido tratadas y otras serán vistas en los capítulos que siguen. Los problemas del lenguaje asociados a déficit mental (intelectual) serán examinados en el capítulo 15, que sigue, dedicado a las “diferencias cognitivo-intelectuales”. De las afasias ya nos ocupamos en el apartado anterior. Problemas del lenguaje secundarios a deprivación social serán mencionados en el capítulo final. El autismo será examinado con algún detalle en el capítulo 16, dedicado a los trastornos generalizados del desarrollo. Del déficit auditivo y sordera, hicimos una breve mención dentro del punto referido a las discapacidades en el capítulo sobre NEE. Recuérdese que la pérdida auditiva admite grados: desde una ligera dificultad a responder a unas cuantas frecuencias de baja intensidad (lo que apenas interferirá con la comunicación normal) hasta una pérdida donde no existe respuesta detectable a ninguna frecuencia, por intenso que sea el sonido. La mayoría de las personas diagnosticadas como sordas tienen alguna audición residual. Anteriormente recomendamos sobre el punto bibliografía especializada, atendiendo al tema de la integración e inclusión.

A los especialistas (fonoaudiólogos, profesores de niños con trastornos de la audición y lenguaje), Gallardo y Gallego (1995) dedican el capítulo XVIII de su manual de logopedia: “Alteraciones del lenguaje en el deficiente auditivo”.²⁸

²⁸ El capítulo XVIII de Gallardo y Gallego incluye los siguientes puntos:

1. Descripción de las sorderas.
2. Tipos de deficiencia auditiva.
3. Desarrollo del lenguaje en el deficiente auditivo.
4. Estrategias de evaluación:
 - Evaluación de la audición.
 - Estrategias útiles para detectar deficiencias auditivas.
 - Medición de la audición.
 - Los audiogramas: su interpretación.

El **lenguaje psicótico**, por otra parte, por ejemplo el esquizofrénico, acusa los trastornos más de fondo en un cuadro que se ve acompañado de alucinaciones, incoherencia, desvarío del pensamiento, delirio, pobreza de contenido, falta de lógica, conducta desorganizada (Sarason y Sarason, 1996). Ello se traduce en un vocabulario estereotipado, jerga o invenciones sin sentido, perseveraciones, expresión emocional inapropiada, fonología distorsionada, asociaciones de palabras idiosincrásicas, etc.

El mutismo **selectivo** o **“electivo”** consiste en la incapacidad del niño para hablar en situaciones sociales específicas, en las que se espera hable, pese a tener la capacidad de hacerlo, como lo puede evidenciar, de hecho, en otras situaciones. Sin embargo, aparte del mutismo selectivo, hay otras explicaciones posibles frente al caso de un niño que no habla y que no presenta sordera o trastorno generalizado del desarrollo. La manera como Gallardo y Gallego (1995) definen al niño que no habla, supone una noción más amplia del concepto: “es aquél cuyo lenguaje oral no se manifiesta a una edad en la que los demás niños hablan normalmente, siendo esta ausencia del lenguaje la única alteración evidenciable”. La fig. 14.3, original de estos autores, y que se atiene a dicha definición, les permite incluir alteraciones que acá hemos tratado en el punto dedicado al TEL. Sin embargo, es una tabla muy valiosa para el diagnóstico diferencial.

El niño que no habla	Retraso en la aparición del lenguaje.	Retraso puro del habla.
		Retraso simple del lenguaje.
	Mutismo adquirido.	Mutismo total.
		Mutismo electivo.

Fig. 14.3. Clasificación del mutismo infantil, según Gallardo Ruiz y Gallego Ortega (1995).

MUTISMO SELECTIVO

Examinemos ahora la tabla comparativa que se muestra en fig. 14.4, sobre el mutismo selectivo, que es un tipo de mutismo adquirido. Se comparan los criterios CIE 10 y DSM IV, con una gran coincidencia en lo esencial del mutismo, si bien la ordenación de tales criterios (que hemos respetado en los dos casos) es algo diferente. La incapacidad persistente para hablar en situaciones sociales específicas, en las que se espera que el sujeto hable, a pesar de poder hacerlo, es lo más típico del mutismo selectivo. Las condiciones que deben cumplirse aparecen con claridad en la tabla, por lo que no se hace necesario ahondar en ellas. El mutismo selectivo, para Gallardo y Gallego ‘electivo’, sólo se da ante ciertas personas o en determinadas situaciones y suele aparecer, según estos autores, a los tres años y con mayor frecuencia, hacia los seis. En su etiología hacen referencia a varios factores (que se

- Pruebas de inteligibilidad.
- Evaluación del lenguaje.
- 5. La intervención logopédica:
 - Sistemas metodológicos.
 - Estrategia de intervención logopédica.
- 6. Ayudas técnicas para la deficiencia auditiva.

traslapan en el análisis que hacen con los del TEL, ya que se refieren genéricamente “al niño que no habla”): sobreprotección familiar; abandono, descuido y falta de la necesaria estimulación lingüística; preocupación excesiva y estándares paternos perfeccionistas; relaciones ambivalentes dependencia-hostilidad con el niño; bilingüismo mal integrado; déficit lingüístico hereditario; posible incapacidad comunicativa específica, etc.²⁹

Para su tratamiento integran un modelo lingüístico que apunta a la “desmutización” con tareas de diferente tipo; el modelo conductual, que incluye técnicas de desensibilización sistemática, de moldeamiento e imitación; el modelo clínico, de carácter psicoterapéutico, y proponen, finalmente, estrategias de intervención psicomotriz.

DSM IV y DSM IV TR	CIE 10
MUTISMO SELECTIVO (antes 'mutismo electivo')	MUTISMO SELECTIVO
A. Incapacidad persistente para hablar en situaciones sociales específicas (en las que se espera que hable, p.ej., en la escuela) a pesar de hacerlo en otras situaciones.	A. Expresión y comprensión lingüística, evaluadas mediante tests de aplicación individual, dentro de los límites de dos desviaciones típicas para la edad del niño.
B. La alteración interfiere el rendimiento escolar o laboral o la comunicación social.	B. Evidencia demostrable de un fallo constante y previsible para hablar en algunas situaciones sociales a pesar de poder hablar en otras.
C. La duración de la alteración es por lo menos 1 mes (no limitada al primer mes de escuela).	C. La duración del mutismo selectivo excede las cuatro semanas.
D. La incapacidad para hablar no se debe a una falta de conocimiento o fluidez del lenguaje hablado requerido en la situación social.	D. Ausencia de trastorno generalizado del desarrollo psicológico.
E. El trastorno no se explica mejor por la presencia de un trastorno de la comunicación (p.ej., tartamudeo) y no aparece exclusivamente en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno psicótico.	E. El trastorno no puede ser explicado por una falta de conocimiento del lenguaje hablado requerido para dicha situación.

Fig. 14.4. El mutismo selectivo según el DSM IV y la CIE 10.

El mutismo total implica una desaparición del lenguaje, repentina o progresiva. Puede ser de tipo histérico, tras un fuerte choque afectivo, o por enfermedad laríngea. (Ajuriaguerra, 1979, citado en Gallardo y Gallego). Ya hicimos referencia a la logofobia o miedo a hablar,

²⁹ Atendiendo a estos factores, Ingram incluye el mutismo selectivo en las alteraciones del habla secundarias, relacionadas con trastornos “psiquiátricos”.

que puede darse, por ejemplo, en el tartamudo, y a la afonía de conversión o histérica. Algunos autores han descrito con finura mutismos neuróticos y mutismos psicóticos, que escapan ampliamente a los temas de este manual.

TRASTORNOS DEL LENGUAJE NO VERBAL

En nuestra “Psicología del Lenguaje”, en el punto relativo a los déficits en habilidades sociales y en el capítulo dedicado a la comunicación no verbal, se pueden encontrar algunos antecedentes sobre la materia, así como acerca de la importancia del gesto y la expresión corporal al servicio de la comunicación. El intercambio de información o puesta en común de significaciones que supone la comunicación humana, se lleva a cabo tanto con procedimientos verbales como no verbales.

La introducción a este punto nos lleva a una breve reflexión. No hay comunicación sin una relación entre las personas: sin embargo, ocurren interacciones de muy variada naturaleza: casuales o deliberadas, breves o muy extensas, positivas o negativas, amigables, indiferentes u hostiles, fáciles o difíciles, constructivas o destructivas... En los contextos educativos, en atención a la esencia misma de la labor pedagógica, es esperable que las relaciones sean constructivas, enriquecedoras, sanas. En otras palabras, que reúnan características positivas. Rasgos tales como autenticidad, veracidad y respeto por el otro, deben estar a la base de tales relaciones. Sólo así el educador y los especialistas pueden llevar a cabo una labor efectiva en el desafío de las barreras en el aprendizaje y la participación de los alumnos con dificultades de aprendizaje y necesidades educativas especiales. Normalmente, lo no verbal complementa, acentúa, reemplaza o contribuye a regular lo que decimos con palabras; en ocasiones, en cambio, lo contradice. Puede ocurrir que el mensaje que entrega verbalmente el educador a sus alumnos se acompañe de señales que no sólo no acentúan ni complementan, sino que niegan o al menos desmerecen la calidad de lo dicho.

En general, somos buenos “lectores” de las claves no verbales. Sin embargo, hay grandes diferencias entre las personas en el uso de recursos no verbales al servicio de la comunicación. Más aun, hay personas con serias dificultades y otras con evidentes alteraciones en el plano no verbal. Los déficits en habilidades sociales se manifiestan muchas veces en trabas de comunicación no verbal (aspectos kinésicos, proxémicos y paralingüísticos), junto a limitaciones, en algunos casos, en competencia comunicativa verbal. En el capítulo 12 de este manual se mencionó el “síndrome de hemisferio derecho”. Así como las afasias están relacionadas para la gran mayoría de las personas con daños en el hemisferio izquierdo, con efectos muy severos en la comunicación verbal, los daños en el hemisferio derecho se asocian a limitaciones significativas en el plano no verbal, por ejemplo, en la percepción de claves emocionales en otras personas o del significado de gestos y actitudes corporales. En los protocolos de observación de los aspectos pragmáticos de la comunicación, en el plano no verbal, se observan los gestos, la expresión facial, la dirección de la mirada, la postura corporal, la proximidad física, etc. para así conocer la efectividad del sujeto como “comunicador”.

Es sabido que los trastornos generalizados del desarrollo -más adelante hablaremos del espectro autista- se caracterizan por serias alteraciones en el desempeño comunicativo no verbal: junto a la presencia de comportamientos, intereses y actividades estereotipados, se da una perturbación en habilidades para la comunicación y habilidades para la interacción social. El niño evidencia una incapacidad para desarrollar relaciones con compañeros con

manifestaciones atípicas en expresión facial, contacto ocular, posturas corporales, claves reguladoras de la interacción, reciprocidad social o emocional, etc.

El educador de aula debe estar preparado también para atender esta otra faceta de la diversidad. El autismo admite grados y con educación -con la participación de los especialistas y la interacción con la familia- los niños pueden desarrollar habilidades sociales que les permiten interactuar de manera más efectiva con su medio. Ya hemos señalado que la discapacidad es resultado de la interacción entre limitaciones personales y las barreras que pone el medio. El propósito de este manual es contribuir a la eliminación de tales barreras.

TRASTORNOS DE LA COMUNICACIÓN EN EL DSM-V

1. Trastorno del lenguaje

- A. Dificultades persistentes en la adquisición y uso del lenguaje en todas sus modalidades (es decir, hablado, escrito, lenguaje de signos u otro) debido a deficiencias de la comprensión o la producción que incluye lo siguiente:
 - 1. Vocabulario reducido (conocimiento y uso de palabras).
 - 2. Estructura gramatical limitada (capacidad para situar las palabras y las terminaciones de palabras juntas para formar frases basándose en reglas gramaticales y morfológicas).
 - 3. Deterioro del discurso (capacidad para usar vocabulario y conectar frases para explicar o describir un tema o una serie de sucesos o tener una conversación).
- B. Las capacidades de lenguaje están notablemente y desde un punto de vista cuantificable por debajo de lo esperado para la edad, lo que produce limitaciones funcionales en la comunicación eficaz, la participación social, los logros académicos o el desempeño laboral, de forma individual o en cualquier combinación.
- C. El inicio de los síntomas se produce en las primeras fases del período de desarrollo.
- D. Las dificultades no se pueden atribuir a un deterioro auditivo o sensorial de otro tipo, a una disfunción motora o a otra afección médica o neurológica y no se explica mejor por discapacidad intelectual (trastorno del desarrollo intelectual) o retraso global del desarrollo.

2. Trastorno fonológico

- A. Dificultad persistente en la producción fonológica que interfiere con la inteligibilidad del habla o impide la comunicación verbal de mensajes.
- B. La alteración causa limitaciones en la comunicación eficaz que interfiere con la participación social, los logros académicos o el desempeño laboral, de forma individual o en cualquier combinación.
- C. El inicio de los síntomas se produce en las primeras fases del período de desarrollo.

- D. Las dificultades no se pueden atribuir a afecciones congénitas o adquiridas, como parálisis cerebral, paladar hendido, hipoacusia traumática o otras afecciones médicas o neurológicas.

3. Trastorno de la fluidez de inicio en la infancia (tartamudeo)

- A. Alteraciones de la fluidez y la organización temporal normales del habla que son inadecuadas para la edad del individuo y las habilidades de lenguaje, persisten con el tiempo y se caracterizan por la aparición frecuente y notable de uno (o más) de los siguientes factores:
 - 1. Repetición de sonidos y sílabas.
 - 2. Prolongación de sonido de consonantes y de vocales.
 - 3. Palabras fragmentadas (p. ej., pausas en medio de una palabra).
 - 4. Bloqueo audible o silencioso (pausas en el habla, llenas o vacías).
 - 5. Circunloquios (sustitución de palabras para evitar palabras problemáticas).
 - 6. Palabras producidas con un exceso de tensión física.
 - 7. Repetición de palabras completas monosilábicas (p. ej., “Yo- Yo-Yo-Yo lo veo”).
- B. La alteración causa ansiedad al hablar o limitaciones en la comunicación eficaz, la participación social, el rendimiento académico o laboral de forma individual o en cualquier combinación.
- C. El inicio de los síntomas se produce en las primeras fases del período de desarrollo. (Nota: Los casos de inicio más tardío se diagnostican como trastorno de la fluidez de inicio en el adulto.)
- D. La alteración no se puede atribuir a un déficit motor o sensitivo del habla, disfluencia asociada a un daño neurológico (p. ej., ictus, tumor, traumatismo) o a otra afección médica y no se explica mejor por otro trastorno mental.

4. Trastorno de la comunicación social (pragmático)

- A. Dificultades persistentes en el uso social de la comunicación verbal y no verbal que se manifiesta por todos los siguientes factores:
 - 1. Deficiencias en el uso de la comunicación para propósitos sociales, como saludar y compartir información, de manera que sea apropiada al contexto social.
 - 2. Deterioro de la capacidad para cambiar la comunicación de forma que se adapte al contexto o a las necesidades del que escucha, como hablar de forma diferente en un aula o en un parque, conversar de forma diferente con un niño o con un adulto, y evitar el uso de un lenguaje demasiado formal.
 - 3. Dificultades para seguir las normas de conversación y narración, como respetar el turno en la conversación, expresarse de otro modo cuando no se es bien comprendido y saber cuándo utilizar signos verbales y no verbales para regular la interacción.

4. Dificultades para comprender lo que no se dice explícitamente (p. ej., hacer inferencias) y significados no literales o ambiguos del lenguaje (p. ej., expresiones idiomáticas, metáforas, múltiples significados que dependen del contexto para la interpretación).
- B. Las deficiencias causan limitaciones funcionales en la comunicación eficaz, la participación social, las relaciones sociales, los logros académicos o el desempeño laboral, ya sea individualmente o en combinación.
- C. Los síntomas comienzan en las primeras fases del período de desarrollo (pero las deficiencias pueden no manifestarse totalmente hasta que la necesidad de comunicación social supera las capacidades limitadas).
- D. Los síntomas no se pueden atribuir a otra afección médica o neurológica ni a la baja capacidad en los dominios de morfología y gramática, y no se explican mejor por un trastorno del espectro del autismo, discapacidad intelectual (trastorno del desarrollo intelectual), retraso global del desarrollo u otro trastorno mental.

5. Trastorno de la comunicación no especificado

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos del trastorno de la comunicación que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios del trastorno de la comunicación o de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos del desarrollo neurológico.

La categoría del trastorno de la comunicación no especificado se utiliza en situaciones en las que el clínico opta por no especificar el motivo de incumplimiento de los criterios de trastorno de la comunicación o de un trastorno del desarrollo neurológico específico, e incluye presentaciones en las que no existe suficiente información para hacer un diagnóstico más específico.