

LOS TRASTORNOS DE LA COMUNICACIÓN, EL LENGUAJE, EL HABLA Y LA VOZ

LA PATOLOGÍA LINGÜÍSTICA ORAL: PROBLEMAS EN EL ÁMBITO COMUNICATIVO, EL LENGUAJE, EL HABLA Y LA VOZ.

Conceptualización

La patología lingüística oral hace referencia a cualquier alteración, es decir, dificultad, trastorno, disfunción, desorden, defecto, incapacidad, etc., que interfiere o dificulta la capacidad para comunicarse con los demás por medio del lenguaje hablado (Gallego, 2005).

Modelos explicativos de la patología lingüística oral

Siguiendo a Navas (2009), existen tres modelos que tratan de explicar el desarrollo del lenguaje: en primer lugar, un modelo cognitivo-evolutivo (de tradición organicista); en segundo, los modelos que resaltan la influencia del ambiente (o de origen mecanicista), y, en tercer lugar, aquellos otros modelos que parten de la teoría psicolingüística (centrada en los procesos innatos).

El modelo cognitivo-evolutivo defiende que los conocimientos que los niños poseen sobre su mundo son los que propician el desarrollo del lenguaje. Siguiendo a Piaget, las capacidades sensoriomotoras y las funciones semióticas permiten al niño en la etapa preoperatoria inicial emitir frases en las que se combinan dos o tres palabras.

Otra línea de trabajo destaca que los niños desde muy pequeños emplean los conocimientos que tienen para aislar las reglas del lenguaje de aquello que oyen, es decir, hacen análisis morfosintácticos a partir de quien realiza la acción, de la acción (lo que se hace) y de la persona que recibe las consecuencias.

Las teorías basadas en la influencia del entorno resaltan el papel que tiene el contexto social en el que se aprende a hablar, y desde las posiciones más radicales del conductismo se considera que el aprendizaje del lenguaje se rige por los principios del condicionamiento. Así, Skinner sostenía que las mismas reglas del condicionamiento operante son las que explican el desarrollo del lenguaje, mientras que el neoconductismo afirma que se produce mediante los procesos de aprendizaje por observación y procesos cognitivos intermedios, posición que se adopta desde el aprendizaje social. Esta última

perspectiva señala la importancia del modelado y del aprendizaje por imitación en el desarrollo de las reglas lingüísticas y el papel del feedback que los adultos dan a los niños al corregirles su habla.

Por último, desde la alternativa psicolingüística formulada por Chomsky, el lenguaje posee una estructura superficial (que varía de una lengua a otra y que está compuesta por reglas que rigen la construcción de palabras y frases) y una estructura profunda común a todas las lenguas que es innata. El mecanismo de adquisición innato (DAL, dispositivo de adquisición del lenguaje) lo que hace es transformar la estructura superficial de la lengua en una estructura profunda e interna que el niño entiende, de tal forma que el lenguaje tiene una base biológica e innata que permite explicar la facilidad con que se produce su aprendizaje en un momento de la vida en que las capacidades cognitivas son rudimentarias y en que el entorno ofrece modelos de habla simples y enfáticos (habla maternal). Desde este punto de vista, el ser humano nace potencialmente preparado para descodificar el código lingüístico, a diferencia de otras especies.

Esta descodificación desde edades tempranas le permite diferenciar sonidos del habla, comprender las asociaciones palabra-objeto y descifrar, interiorizar y generalizar reglas para las construcciones morfosintácticas y gramaticales, desde las más simples hasta, posteriormente, las más complejas.

No obstante, el desarrollo y aprendizaje del lenguaje, en último término, hay que explicarlos de modo ecléctico, y entender que a ello contribuyen los mecanismos innatos, pero también las capacidades cognitivas que el sujeto va desarrollando y que le permiten crear imágenes mentales y sustratos simbólicos sin los cuales, por ejemplo, no se podría adquirir la semántica, puesto que sería imposible que el sujeto denominase objetos que no es capaz de identificar a través de una imagen real pero también mental, y es la imagen mental la que se traduce luego en un significado.

Finalmente, los mecanismos externos de tipo condicionado (refuerzo, por ejemplo) o la observación y la imitación son también esenciales para el aprendizaje lingüístico, ya que sin un modelo a seguir el ser humano no podría desarrollar nunca el lenguaje, a pesar de su condición innata para poder desarrollar esta capacidad. Ejemplo de ello son los casos de niños salvajes, que por falta de modelo lingüístico no han llegado a desarrollar el código lingüístico hasta que se les ofreció esta posibilidad a través de la interacción con otros humanos que les facilitaron un modelo.

Clasificación

Existen múltiples clasificaciones de las patologías lingüísticas orales, teniendo en cuenta el criterio que se siga (recepción versus producción, orgánicas versus funcionales, etc.), y todas ellas presentan puntos fuertes y débiles. Teniendo en cuenta el ámbito que se encuentra afectado, y desde una perspectiva más descriptiva que clínica, se pueden clasificar en problemas del ámbito comunicativo, del lenguaje, del habla y de la voz (véase la tabla 4.1).

TABLA 4.1
Clasificación de los problemas de la comunicación según Gallego (2005)

Niveles	Trastornos
1. Problemas en el ámbito comunicativo	— Graves problemas de comunicación: <ul style="list-style-type: none">• Autismo.• Psicosis.• Retraso mental severo. — Mutismo selectivo/electivo.
2. Problemas en el ámbito del lenguaje	— Retraso simple del lenguaje (RSL). — Retraso moderado del lenguaje (disfasias). — Retraso grave del lenguaje (afasias).
3. Problemas en el ámbito del habla	— Dislalias. — Disglosias. — Disartrias. — Disfemias.
4. Problemas en el ámbito de la voz	— Disfonias/afonias.

Desde un enfoque mucho más clínico, el DSM IV TR incluía cinco categorías en los trastornos de la comunicación, caracterizados por deficiencias del habla o el lenguaje: trastorno del lenguaje expresivo, trastorno mixto del lenguaje receptivo-expresivo, trastorno fonológico, tartamudeo y trastorno de la comunicación no especificado. La nueva edición del DSM, el DSM V TM (APA, 2013), integra los trastornos de lenguaje expresivo y receptivo en una única categoría de trastorno del lenguaje (tabla 4.2).

TABLA 4.2

Clasificación del DSM V TM (APA, 2013) para los trastornos de la comunicación

Trastorno	Criterios para el diagnóstico
Trastorno del lenguaje (315.39 Language Disorder)	<p>a) Dificultades persistentes en la adquisición y uso del lenguaje a través de las distintas modalidades (lenguaje hablado, escrito, de signos u otros), con déficit en comprensión o producción que incluyen los siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Lenguaje reducido.2. Estructura de frase muy limitada (escasa habilidad para unir las palabras dentro de las frases basándose en las reglas de la morfología y la gramática).3. Dificultades en el discurso (escasa habilidad para usar el vocabulario y conectar frases para explicar o describir situaciones, eventos o para mantener una conversación). <p>b) Las habilidades lingüísticas son sustancialmente inferiores a las que corresponden por la edad, lo que da lugar a limitaciones funcionales en comunicación efectiva, participación social y ejecución académica u ocupacional.</p> <p>c) Los síntomas se presentan en el período temprano del desarrollo.</p> <p>d) Las dificultades no son atribuibles a deficiencias auditivas u otras deficiencias sensoriales, disfunción motriz, condiciones médicas o neurológicas, ni a deficiencia intelectual o retraso global del desarrollo.</p>
Trastorno fonológico (315.39 Speech Sound Disorder)	<p>a) Dificultad persistente en la producción de sonidos del discurso que interfiere en su inteligibilidad y dificulta la comunicación de mensajes verbales.</p> <p>b) Las dificultades causan limitaciones en la comunicación que interfieren con la participación social y con la ejecución académica u ocupacional.</p> <p>c) Los síntomas se presentan en el período temprano del desarrollo.</p> <p>d) Las dificultades no son atribuibles a condiciones congénitas</p>

	<p>o adquiridas, tales como parálisis cerebral, fisura palatina, sordera o pérdida de audición, daño cerebral u otras condiciones médicas o neurológicas.</p>
<p>Tartamudeo (307.01 Childhood-Onset Fluency Disorder) (Stuttering)</p>	<p>a) Alteración de la fluidez y la organización temporal normales del habla (adecuadas para la edad del sujeto), caracterizada por ocurrencias frecuentes de los siguientes fenómenos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Repeticiones de sonidos y sílabas. 2. Prolongaciones de sonidos. 3. Palabras fragmentadas (por ejemplo, pausas dentro de una palabra). 4. Bloqueos audibles o silenciosos (pausas en el habla). 5. Circunloquios (sustituciones de palabras para evitar palabras problemáticas). 6. Palabras producidas con un exceso de tensión física. 7. Repeticiones de palabras monosilábicas (por ejemplo, «yo-yo le veo»). <p>b) La alteración de la fluidez interfiere en el rendimiento académico o laboral o en la comunicación social.</p> <p>c) Los síntomas aparecen en el período temprano del desarrollo.</p> <p>d) La problemática no es atribuible a un déficit motor o sensorial, a disfluencia asociada a daño neurológico o a otras condiciones médicas, y no puede ser explicado por ningún otro trastorno mental.</p>
<p>Trastorno de la comunicación social (312.39 Trastorno pragmático)</p>	<p>a) Dificultades persistentes en el uso social de la comunicación verbal y no verbal.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Déficit en el uso de la comunicación para fines sociales, tales como compartir información de manera apropiada al contexto social. 2. Dificultad en la habilidad para intercambiar comunicación adecuada al contexto o a las necesidades del receptor, tales como poder hablar de forma diferente en una clase o en un contexto de juego, hablar de forma diferente a un adulto o a un niño evitando el uso de un lenguaje extremadamente

	<p>formal.</p> <p>3. Dificultades para seguir reglas de la conversación, tales como turnos, replantear la frase cuando existe un malentendido y conocer cómo usar las señales verbales y no verbales para regular la interacción.</p> <p>4. Dificultades de comprensión que no están explícitamente indicadas (significados ambiguos o no literales del lenguaje, metáforas...).</p> <p>b) Los déficit dan lugar a limitaciones funcionales en la comunicación efectiva, la participación social, las relaciones sociales y el rendimiento académico u ocupacional.</p> <p>c) Los síntomas aparecen en el período temprano del desarrollo (aunque los déficit pueden no manifestarse totalmente hasta que las demandas de comunicación social no exceden las capacidades limitadas del individuo).</p> <p>d) Los síntomas no son atribuibles a otras condiciones médicas o neurológicas o a bajas habilidades en el dominio de la estructura de las palabras y de la gramática, y no son mejor explicados por un trastorno del espectro autista, deficiencia intelectual (trastorno intelectual del desarrollo o trastorno global del desarrollo) u otro trastorno mental.</p>
<p>Trastorno de la comunicación no especificado (307.9 Unspecified Communication Disorder)</p>	<p>Categoría reservada para trastornos de la comunicación que no cumplen los criterios de ningún trastorno de la comunicación específico.</p>

LOS PROBLEMAS EN EL ÁMBITO COMUNICATIVO: EL MUTISMO SELECTIVO

El mutismo selectivo supone la ausencia total y continua de lenguaje en determinadas circunstancias o ante personas concretas en niños que han desarrollado normalmente el lenguaje y que se comunican perfectamente en otras circunstancias o delante de otras personas (Valmaseda, 1999). Suele ocurrir que los padres informan de que el niño se comunica adecuadamente en el entorno familiar y, sin embargo, apenas lo hace en el contexto escolar (Alegre y Pérez, 2008). La comprensión no está afectada y hay expresión no verbal (por ejemplo, asiente o niega con la cabeza).

Los niños que presentan este problema suelen ser tímidos y socialmente retraídos y, a veces, tienen problemas emocionales (como rechazo a la escuela o fobia escolar).

Ante un niño que no habla hay que descartar otros trastornos, como una sordera profunda, una deficiencia mental (Alegre y Pérez, 2008) o un trastorno de la articulación o fonológico (Navas, 2009, 2011). Igualmente, hay que comprobar que el mutismo es realmente selectivo y que no se trata del mutismo generalizado que acompaña a los trastornos profundos del desarrollo, tales como el autismo.

En el DSM IV TR el mutismo selectivo se incluía dentro de otros trastornos de la infancia, la niñez o la adolescencia, junto con la ansiedad por separación, el trastorno reactivo de la vinculación de la infancia o la niñez y el trastorno de movimientos estereotipados.

El DSM V TM (APA, 2013) describe el mutismo selectivo (312.23 Selective Mutism) junto a otros trastornos de ansiedad tales como la ansiedad por separación, la fobia específica o la fobia social, y describe pormenorizadamente sus síntomas clínicos y criterios diagnósticos (tabla 4.3).

Alegre y Pérez (2008) destacan que en la diagnosis diferencial de esta patología hay que tener en cuenta la exclusión de otros trastornos señalados anteriormente (autismo, retraso mental) y que el lenguaje básico debe estar adquirido, por lo que el problema se iniciará alrededor de los cuatro años y medio o cinco años. El maestro puede ayudar a la superación del mutismo selectivo, ya que suele disminuir paulatinamente si se muestra una actitud de interés y de respeto hacia el niño, sin forzarle a que hable, pero creando situaciones que favorezcan la comunicación. La escuela suele desempeñar un papel importante en la aparición y mantenimiento de este trastorno y, por tanto, la intervención

de la propia institución y la colaboración del profesorado pueden contribuir esencialmente a favorecer o dificultar la evolución positiva del trastorno.

TABLA 4.3
*Criterios para el diagnóstico del mutismo selectivo
según el DSM V (2013)*

- a) Incapacidad persistente para hablar en situaciones sociales específicas (en las que se espera que hable, por ejemplo, en la escuela) a pesar de hacerlo en otras situaciones.
- b) La alteración interfiere en el rendimiento escolar o laboral o en la comunicación social.
- c) La duración de la alteración es de por lo menos un mes (no limitada al primer mes de escuela).
- d) La incapacidad para hablar no se debe a una falta de conocimiento o de fluidez del lenguaje hablado requerido en la situación social.
- e) El trastorno no se explica mejor por la presencia de un trastorno de la comunicación (por ejemplo, tartamudeo) y no aparece exclusivamente en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno psicótico.

PROBLEMAS EN EL ÁMBITO DEL LENGUAJE

En este apartado se abordan el retraso simple de lenguaje y los trastornos específicos de lenguaje (TEL), que se contemplan en virtud de la afectación que presentan los diversos componentes del sistema lingüístico (Gallego, 2005; Valmaseda, 1999); igualmente se incluye una breve descripción de las denominadas «afasias infantiles».

Para comenzar la exposición sobre los problemas del lenguaje y encauzar nuestra propuesta posterior, hay que destacar el hecho de que el panorama actual sobre lo que ha de entenderse por TEL sigue siendo confuso, y esta confusión abarca no sólo su denominación sino también su sintomatología, dada la variedad de rasgos «específicos» que engloba (Gallego, 2005).

Algunos autores como Aguado (2004) consideran que el concepto TEL comprende una patología del lenguaje cuyos límites son imprecisos, pues se sitúa entre la dislalia y los

trastornos derivados de la deficiencia motriz, intelectual o producida por daño cerebral, y que engloba los retrasos del lenguaje y las disfasias. Esta consideración supone una visión de los TEL amplia, abierta y flexible que implica un continuum desde la sintomatología más leve hasta la más severa, y de acuerdo con esto todos los problemas del lenguaje se podrían entender dentro del concepto TEL.

Sin embargo, otros autores estiman, en una línea más reduccionista y estricta, que TEL es sinónimo de disfasia (Crespo-Eguílaz y Narbona, 2003; Fresnada y Mendoza, 2005; Buiza-Navarrete, Adrián-Torres y González-Sánchez, 2007; Mendoza, 2012a). Mendoza (2012b) matiza que el retraso del lenguaje es una forma leve del TEL o un subtipo de TEL sin deficiencias en el nivel superior de procesamiento. La segunda opción, más explícita respecto al concepto TEL, será la que se adoptará a continuación en base a que los sujetos con retraso simple del lenguaje evolucionan mucho más favorablemente cuando reciben tratamiento que los niños con TEL, aunque en sus inicios pueda no ser fácil diferenciar ambos trastornos. Además, en el caso de los TEL o disfasias, podrían estar implicados procesos cognitivos subyacentes alterados, y no así en los retrasos simples de lenguaje, que tendrían un carácter exclusivamente evolutivo; se daría una progresión adecuada del lenguaje en cuanto a las fases de su evolución, aunque con un ligero retraso respecto a la norma, pero aun así el lenguaje se va construyendo de acuerdo con las pautas normativas y con una configuración idéntica a la de los niños sin problemas del lenguaje; simplemente se construye de un modo algo más lento.

En cualquier caso, Gallego (2005) sostiene que la identificación de los TEL reclama una valoración completa de las dos dimensiones fundamentales del lenguaje (comprensiva-expresiva) y de todos sus componentes (fonológico, morfosintáctico, semántico y pragmático) para determinar el nivel de desarrollo lingüístico alcanzado por un sujeto, precisar su grado de retraso (más o menos grave) y proponer después una etiqueta diagnóstica más precisa (las ya mencionadas de retraso simple del lenguaje o disfasia), y, cualquiera que sea la etiqueta que se asigne al TEL de un sujeto, los límites para este autor siempre serán difusos y la gravedad habrá de establecerse teniendo en cuenta la evolución de la patología durante el desarrollo del lenguaje.

Retraso simple del lenguaje (RSL)

Concepto de RSL

El término «retraso» hace referencia a un desfase cronológico entre el lenguaje que presenta un niño y lo esperado según la norma correspondiente a su edad, retraso que puede ser más o menos grave y afectar al desarrollo del lenguaje de manera global o sólo a algunos aspectos. Así, los retrasos de lenguaje son dificultades globales del lenguaje, con un desfase cronológico que afecta a los aspectos fonológico, morfosintáctico y semántico, tienen un carácter evolutivo y una evolución favorable, de modo que se produce una normalización del lenguaje en un breve espacio de tiempo (Gallego, 2005). Las causas pueden ser muy variadas: a situaciones de sobreprotección o abandono familiar, a un nivel sociocultural deficitario...

Los denominados «retrasos del habla» forman un continuo con los retrasos del lenguaje, tal y como señala Valmaseda (1999), y consisten en las dificultades que algunos niños presentan en su sistema fonológico, siendo su desarrollo morfosintáctico y semántico ajustado a lo esperado para su edad.

Los retrasos de habla no han de confundirse con las dislalias (aunque muchos autores consideran que los retrasos simples del habla son dislalias evolutivas) porque constituyen una problemática más global del sistema fonológico. En las dislalias está alterada la articulación del fonema, es decir, el aspecto fonético, pero en el retraso de habla está afectado el sistema fonológico, que incluye no sólo la articulación correcta sino el conocimiento, la discriminación y la interiorización de una imagen mental sonora correcta del fonema.

Evaluación del RSL

Evaluación formal

Para la identificación, evaluación y diagnóstico de los retrasos de habla y de lenguaje existen pruebas de evaluación formal. Las pruebas estandarizadas suelen estar pensadas para niños entre los tres y los seis años, con lo cual se sobreentiende que al inicio de la educación primaria los niños habrán sido ya diagnosticados.

En España tan sólo hay una prueba estandarizada para niños menores de tres años, el CDI [Communicative Development Inventory. El MACARTHUR. Inventario de desarrollo

comunicativo de Jackson-Maldonado, Thal, Marchman, Fenson, Newton y Conboy, en versión española de López y cols. (2005); Incluso existe una versión en gallego de Pérez Pereira y García (2003) y versiones en otras lenguas del estado, como vasco y catalán].

Las pruebas estandarizadas más comunes para niños mayores de tres años son las siguientes:

— Bloc screening revisado (BLOC-S-R), de Puyuelo, Wiig, Renom y Solanas (1998).

Proporciona una estimación acerca de diferentes componentes del lenguaje: morfología, sintaxis, semántica y pragmática. No mide fonología. Es de aplicación individual y se emplea con niños/as de cinco a 14 años.

— Prueba de lenguaje oral Navarra (PLONR), de Aguinaga y cols. (2005), para emplear como screening o detección rápida del desarrollo del lenguaje oral de los niños pequeños, de tres a seis años.

— Test Illinois de aptitudes psicolingüísticas, de Kirk, McCarthy y Kirk (2011), para niños de tres a diez años. Sirve para detectar posibles fallos o dificultades en el proceso de comunicación (deficiencias en la percepción, interpretación o transmisión) que son la causa de la mayoría de los problemas del aprendizaje escolar, a la vez que, de forma complementaria, intenta poner de manifiesto las habilidades o condiciones positivas que puedan servir de apoyo a un programa de recuperación.

Detección en el aula

En la tabla 4.4 se exponen las principales características del retraso del lenguaje, útiles para una evaluación en el aula.

TABLA 4.4

Características del retraso del lenguaje, útiles para una evaluación en el aula

Ámbito	Retraso o disfunción
Nivel fonológico	— Tendencia a omitir la segunda consonante de sílabas complejas directas (Consonante + Vocal + Consonante) que se reducen a Consonante + Vocal, y de sílabas inversas (Consonante + Consonante + Vocal), que se reducen a

	<p>Consonante + Vocal.</p> <ul style="list-style-type: none"> — Reducción de los diptongos vocálicos.
Nivel morfosintáctico	<ul style="list-style-type: none"> — Retraso en la emisión de las primeras palabras y manifestaciones guturales hasta los dos años. — La unión de dos palabras se retrasa hasta los tres años. — Uso excesivo de frases simples, en perjuicio de oraciones compuestas por yuxtaposición, coordinación o subordinación, de mayor complejidad sintáctica. — Empleo de palabras yuxtapuestas sin el consecuente uso de los nexos oportunos. — Lenguaje telegráfico, sin el empleo de artículos y marcadores de posesión. — Retraso notable, hasta los cuatro años, en el uso adecuado de los pronombres, especialmente el pronombre personal «yo». — Dificultades en la utilización de artículos, pronombres y plurales. — Posibles alteraciones en la conjugación de algunos tiempos verbales. — Construcción de frases sintácticamente incorrectas o desestructuradas. — Uso de la compensación gestual para paliar los errores de su expresión y garantizar la comprensión del receptor.
Nivel semántico	<ul style="list-style-type: none"> — Aparentemente normal, pero la actualización lingüística de contenidos cognitivos puede ser escasa. — Vocabulario ligeramente reducido, a veces.
Nivel pragmático	<ul style="list-style-type: none"> — Lenguaje útil y funcional aparentemente normal. — Se aprecian disfunciones en la repetición de determinadas palabras o frases que no están integradas o bien carecen de significado (pseudopalabras).