

Trastorno específico del desarrollo del lenguaje

Hizkera garapenaren arazo espezifikoa

S. Aguilera Albesa, M.P. Botella Astorqui

Unidad de Neuropediatría. Servicio de Pediatría. Hospital Txagorritxu. Servicio Vasco de Salud-Osakidetza. Vitoria-Gasteiz, Álava, País Vasco.

Correspondencia: Sergio Aguilera. Correo electrónico: saguileraa@alumni.unav.es

RESUMEN

El trastorno específico del desarrollo del lenguaje (TEL), también llamado disfasia, es un problema intrínseco del procesamiento del lenguaje, que puede afectar tanto a la expresión como a la comprensión de los mensajes verbales, y que tiene un perfil clínico y evolutivo heterogéneo. El TEL puede ser difícil de diferenciar del retraso simple del lenguaje a edades tempranas, por lo que con frecuencia sufre un retraso diagnóstico. Es importante tener en cuenta que en los niños con trastornos del lenguaje que presentan alteraciones de la comprensión y del uso contextualizado del lenguaje, se incrementa el riesgo de aislamiento social y de acoso escolar (bullying). Durante su evolución pueden desarrollar también dificultades con el lenguaje escrito y fracaso escolar. Además, los padres y educadores, sin una recomendación específica, tienden a usar menos el lenguaje verbal con los niños que padecen dificultades del lenguaje, limitando aún más su aprendizaje. El pediatra debe ser consciente de esta heterogeneidad clínica y evolutiva para poder detectar los trastornos específicos del lenguaje a una edad más temprana, y favorecer el inicio de una terapia específica antes de los 3 años, contribuyendo así a mejorar el pronóstico global de estos niños.

PALABRAS CLAVE

Trastorno específico del lenguaje, Disfasia.

INTRODUCCIÓN

El trastorno específico del desarrollo del lenguaje (TEL), también llamado disfasia, consiste en una dificultad para adquirir y manejar las habilidades de comprensión (descodificación) y expresión (codificación) del sistema lingüístico. El TEL se define como específico porque no es secundario a un déficit sensorial (por ejemplo, hipoacusia), neuromotor (disartria), cognitivo ni socioemocional (retraso men-

tal, autismo, trastornos psiquiátricos). El TEL es un problema intrínseco del procesamiento del lenguaje, y los niños afectados no desarrollan un lenguaje normal esperado para su edad y desarrollo intelectual, independientemente de los déficits descritos.

La prevalencia del TEL asociado o no a retraso mental se aproxima al 2% a los 3 años de vida, y es más frecuente en varones que en mujeres (2,4:1). Desde el inicio, el desarrollo lingüístico del niño surge retrasado y distorsionado. Es persistente, puede durar toda la vida en algunos casos graves, o sufrir variaciones durante su evolución, influidas o no por la intervención logopédica. Durante la etapa escolar existe el riesgo de interferencia sobre el aprendizaje de la lectoescritura y la construcción de discursos verbales más complejos, como narrar historias o mantener una conversación. Esto puede repercutir tanto en el rendimiento académico como en las relaciones interpersonales.

El TEL presenta unas características evolutivas que permiten diferenciarlo del retraso simple del lenguaje (Tabla I). La disfasia se debe también distinguir de los trastornos adquiridos, llamados afasias, ya que estos últimos aparecen tras un período de desarrollo del lenguaje normal. No obstante, en los niños más pequeños puede ser un diagnóstico diferencial difícil, y en todos los casos será mejor solicitar una evaluación especializada que esperar a que mejore el lenguaje espontáneamente, retrasando así una intervención que podría beneficiar al niño desde edades tempranas.

Los niños con TEL presentan unas características clínicas heterogéneas que dificultan su clasificación y tratamiento. Las investigaciones más recientes aportan nuevos datos sobre la evolución del lenguaje de estos niños, que pueden progresar de una forma de TEL a otra a lo largo de su vida, o coexistir con la deficiencia intelectual o

con los trastornos generalizados del desarrollo, complicando el diagnóstico diferencial y el abordaje terapéutico.

ETIOLOGÍA

La etiología del TEL está aún por dilucidar. Los estudios actuales muestran que en algunos casos se puede encontrar un origen genético, como en la conocida *familia KE*, donde 16 de 30 miembros de 3 generaciones padecían un TEL. La alteración en el lenguaje se hereda en esta familia de forma autosómica dominante, y recientemente se ha identificado el locus responsable en el cromosoma 7, denominado SPCH1 (de "speech"). Otros estudios genéticos han mostrado ligamientos a diferentes regiones del genoma (13q21, 16q24 y 19q13), lo que indica un probable modelo poligénico multifactorial.

También se han realizado estudios de neuroimagen estructural en niños con TEL, y se han observado diferencias morfométricas de los hemisferios cerebrales en niños disfásicos y disléxicos, comparados con controles, aunque estas alteraciones estructurales no se deben considerar un criterio diagnóstico de TEL. Otros estudios han identificado diversos factores de riesgo para trastornos del desarrollo de las habilidades psicolingüísticas: perinatales, como prematuridad y bajo peso al nacer; y ambientales, como un nivel sociocultural bajo. Todos estos factores genéticos, neuroestructurales y ambientales podrían estar implicados en el origen del TEL.

DIMENSIONES DEL LENGUAJE Y EXPRESIVIDAD CLÍNICA DE SU ALTERACIÓN

Antes de exponer el proceso de diagnóstico y clasificación del TEL, es preciso hacer un resumen acerca de las dimensiones del lenguaje para comprender mejor los distintos subgrupos clínicos de TEL.

TABLA I. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DIFERENCIALES ENTRE RETRASO SIMPLE DEL LENGUAJE Y TEL.

	Retraso simple	TEL
<i>Naturaleza del trastorno</i>	Desfase cronológico	Alteración intrínseca persistente del procesamiento del lenguaje
<i>Grado de afectación</i>	Leve	Moderada o grave
<i>Evolución</i>	Transitoria	Persistente
<i>Dimensiones del lenguaje afectadas</i>	Fonología	Fonología, morfosintaxis, léxico, semántica, pragmática
<i>Respuesta a la terapia específica</i>	Mejoría rápida	Mejoría lenta, variable
<i>Aprendizaje de la lectoescritura</i>	Repercusión escasa	Frecuentemente afectada

El lenguaje es un código o sistema de signos para conocer y representar la realidad y permitir los intercambios comunicativos. Incluye dos dimensiones principales, la estructural o formal (fonología, morfología y sintaxis) y la funcional (uso cognitivo o semántica y uso pragmático). Dentro de estas dimensiones distinguimos los procesos de comprensión (descodificación o recepción) y expresión (codificación).

1. Dimensiones formales del lenguaje

1.1 Fonología: discriminación y programación fonológica

El nivel fonológico es el primer nivel de organización del lenguaje. El niño adquiere progresivamente el sistema fonológico entre los dos y los cuatro años de vida. Se considera normal tener dificultades para las sílabas complejas, como *pla*, *ter*, *fri*, *gru*, hasta los 5 años y para la pronunciación de la /r/ hasta los seis años.

El proceso para la descodificación del habla tiene un modelo complejo: una vez que la vía auditiva ha aislado los componentes básicos del habla y los patrones de frecuencia y orden temporal, se identifican los segmentos (fonemas) del habla, y se construyen representaciones abstractas de estos fonemas para formar unidades superiores (palabras, oraciones). Esto ocurre en la región perisilviana del lóbulo temporal

izquierdo llamada área de Wernicke (el lado izquierdo en el 86% de la población), a donde llega toda la información auditiva. El análisis fonológico abarca dos planos: el receptivo, de identificación y discriminación de fonemas, sílabas y palabras (en el hemisferio izquierdo), atendiendo a su acento y entonación-prosodia (en el hemisferio derecho); y el expresivo, con la programación fonológica y la forma de articulación (hemisferio izquierdo, parte posterior del área de Broca; y control motor por ganglios basales y cerebelo).

La afectación de esta área tiene una distinta expresividad clínica. Así, por ejemplo, los niños con retraso simple del lenguaje presentan reducción y simplificación del sistema fonológico, que adquieren a una edad más tardía de lo que les corresponde. Realizan, por ejemplo, omisiones ("ápi" por lápiz), sustituciones ("tóte" por coche) y asimilaciones ("nane" por grande). A diferencia de éstos, los niños con TEL pueden presentar además una desorganización y distorsión fonológicas. Tienen dificultades para percibir y discriminar los sonidos y el orden en que han sido emitidos, de forma diferente cada vez. Esta alteración no sistemática de los fonemas permite además diferenciar los problemas fonológicos en los niños con disfasia de los niños con dislalias múltiples, en los que la alteración es fija.

1.2 Léxico y vocabulario

El léxico incluye la comprensión del lenguaje (identificación) y la selección apropiada del vocabulario para transmitir lo que quieres decir con un significativo concreto (denominación). El niño aumenta progresivamente su vocabulario a partir de los 10-13 meses, y aprende mejor las palabras con fonemas familiares que otras muy diferentes. Esto ocurre por la conciencia fonológica, que es la capacidad de ser consciente de las unidades del habla (conciencia lexical, silábica, fonémica). Las áreas corticales prefrontal (parte más anterior del lóbulo frontal), temporal y parietal del hemisferio izquierdo son las encargadas del reconocimiento lexical y de las relaciones sintácticas.

Los niños con afectación del procesamiento lexical tienen dificultades para comprender y expresar conceptos sobre espacio y tiempo, para recordar el nombre de un objeto o relacionarlo con su misma categoría. La falta de vocabulario conlleva problemas de comprensión y puede modificar la fluidez de su discurso, que será titubeante y con abundantes repeticiones.

1.3 Comprensión y programación sintáctica

La morfosintaxis comprende las formas de conexión de los sonidos con el significado contenido en las palabras o en las frases y las reglas para sus combinaciones. Son componentes de la morfosintaxis: distintas clases de palabras (sustantivo, verbo, etc.), relaciones entre palabras (preposiciones, conjunciones), prosodia (entonación y ritmo), la estructura de una oración y sus formas compuestas. La formulación y programación morfosintáctica ocurre en la parte anterior del área de Broca.

Entre los dos y tres años de vida, el niño comienza a asociar dos o más palabras. Crea nuevas palabras a partir de estructuras preexistentes, deduce las reglas del lenguaje y las va aprendiendo a través de su aplica-

ción a situaciones nuevas, no sólo por imitación o repetición. Por ejemplo, al aprender el uso del participio “-ido” lo sobre-generaliza a todos los verbos, diciendo “ha rompido”, y luego aprenderá las excepciones de cada regla. Desde los 3 años y medio, el niño sano consigue dominar la estructura fundamental de su lengua materna y la reproduce con inteligibilidad.

Los niños con alteraciones en estos aspectos del lenguaje tienen dificultades para incorporar en su repertorio lingüístico los elementos y unidades que regulan la organización interna de las palabras y oraciones. Por eso, su discurso puede ser desorganizado e ininteligible. Los grados de severidad oscilan desde un desarrollo gramatical lento y pobre hasta una desestructuración gramatical con un uso inadecuado de todos los elementos del lenguaje.

2. Dimensiones funcionales del lenguaje

2.1 Uso cognitivo o semántico

La semántica hace referencia al significado o representación de los mensajes producidos. En lo receptivo implica obtener el significado a través del código lingüístico, y en lo expresivo la selección más adecuada de vocabulario y estructura del lenguaje, que depende de lo que se quiera comunicar. Esta función del lenguaje se asienta sobre ambos hemisferios cerebrales (regiones temporo-parietales): la izquierda atiende a los componentes lexicales y morfosintácticos, mientras que la derecha lo hace con los componentes prosódicos y emocionales del lenguaje.

Los niños con dificultades en el uso cognitivo del lenguaje presentan problemas de perseveración verbal pues no logran captar o expresar una idea, siendo la información aportada redundante e innecesaria. Su discurso contiene numerosas pausas, tiene poca coherencia (por omisiones de palabras clave para entenderlo), y usa pocos adjetivos, adverbios y conectores como conjun-

ciones o preposiciones. Se hace más evidente cuando tienen que formular demandas o mensajes complejos.

2.2 Uso pragmático

La pragmática es el estudio de los usos del lenguaje y de la comunicación lingüística. Tiene que ver con la organización del discurso en una conversación según los requerimientos de la relación entre las personas que hablan (qué tipo de lenguaje conviene en cada caso); con la capacidad de identificar cada situación o contexto conversacional y darle sentido; y con la intención comunicativa, si sabe ajustarse a lo que dice y hace, según lo que cree que el interlocutor sabe y quiere, y con lo que quiere conseguir al comunicarse. Esta función del lenguaje se asienta sobre la región perisylviana del lóbulo temporal derecho.

La expresión del niño sano es diferente dependiendo de que hable a otro niño, a sus padres, profesor, médico, etc. El niño con afectación de la dimensión funcional del lenguaje no presenta problemas fonológicos o lexicales destacables, pero manifiesta dificultades en la construcción de frases, que son poco elaboradas, con comentarios estereotipados, respuestas incoherentes e inapropiadas al contexto, y le da un significado literal a aquello que dice el interlocutor de manera irónica. Esto conduce a problemas de comprensión al no saber usar el lenguaje y sus reglas. No distinguen si una pregunta es una demanda o una ironía, al no utilizar la información contextual para darse cuenta de aquello que no se explica de manera directa. Además, pueden asociar estereotipias motoras.

DIAGNÓSTICO

Ante todo niño con un lenguaje verbal que no aparece, se desarrolla lentamente para su edad cronológica, o aparece dis-

torsionado, se deben descartar otras causas antes de afirmar su naturaleza específica y llegar al diagnóstico de TEL (Fig. 1). Una vez descartadas otras causas, dirigiremos la evaluación del lenguaje a valorar de forma precisa la comprensión, expresión, y explorar qué dimensiones del lenguaje están afectadas (formal: fonológico, léxico, morfosintáctico; y/o funcional, semántico y/o pragmático). Esto nos permite, por ejemplo, diferenciar el TEL del retraso simple del lenguaje, pues este último no presenta alteraciones de la comprensión y solamente afecta a la dimensión fonológica. No obstante, en este proceso de delimitación del trastorno lingüístico, hay que tener en cuenta varias consideraciones importantes. En un niño menor de tres años puede ser difícil diferenciar si estamos ante un retraso simple o un TEL. La adquisición de los distintos hitos del lenguaje es, dentro de las áreas del desarrollo del niño, la que más variabilidad cronológica presenta. El conocimiento de sus variables normales es fundamental para juzgar acerca de la naturaleza patológica o no del trastorno lingüístico, y su desarrollo en el tiempo permitirá distinguirlas, por lo que es necesario un seguimiento estrecho. Además, es interesante disponer de marcadores lingüísticos que nos permitan diferenciar a un niño con TEL de un niño con desarrollo del lenguaje enlentecido. Dos marcadores lingüísticos útiles para el diagnóstico de TEL son la longitud media del enunciado (LME) y las listas de repetición de pseudopalabras –palabras sin significado, como por ejemplo “trofagama”, “antomena”, “lifanosa”–. El fallo en esta tarea de repetir pseudopalabras revela las dificultades en el procesamiento lingüístico del TEL.

En la evaluación del TEL es fundamental poder disponer de una medida del nivel intelectual no verbal del sujeto lo más exacta posible, ya que interpretaremos el rendimiento en las pruebas de lenguaje se-

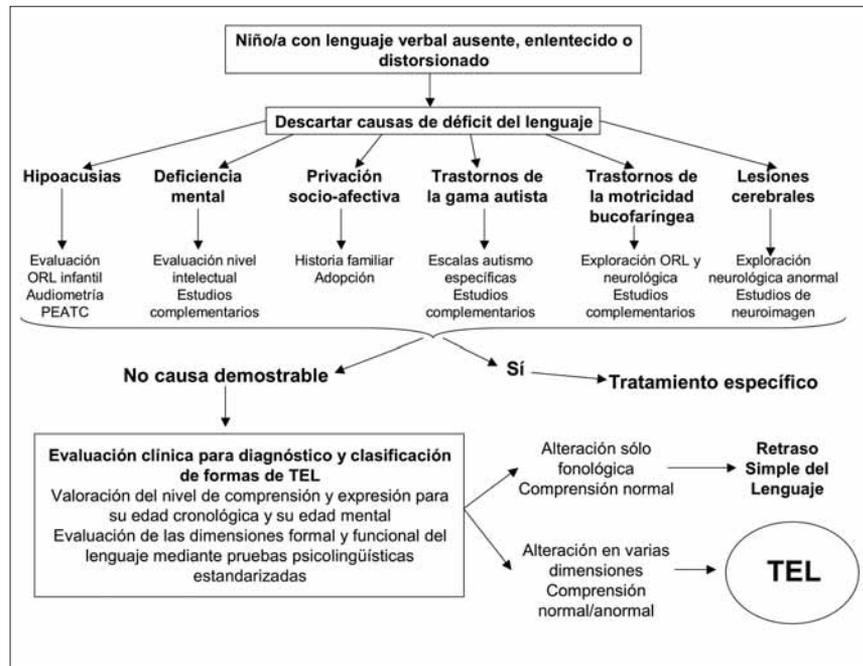


Figura 1. Algoritmo diagnóstico de trastorno específico del lenguaje (TEL).

gún su edad mental, no según su edad cronológica. Por ejemplo: un niño de siete años tiene un nivel lingüístico expresivo y receptivo evaluado de tres años y medio, con una edad mental de cinco años, por lo que padece un retraso mental leve y además un déficit del lenguaje para su edad mental. En estos casos los contenidos de la intervención específica deberán ser adaptados también a su capacidad cognitiva no verbal.

Hay que tener en cuenta que una primera consulta no suele ser suficiente para clasificar de forma definitiva el trastorno del lenguaje, por lo que precisará seguimiento para valorar la adquisición y uso de nuevos hitos lingüísticos. El niño sano, a los tres años y medio consigue dominar la estructura fundamental de su lengua materna y la reproduce con inteligibilidad. Es por ello que, ante un retraso del lenguaje detectado en un niño menor de tres años, hay que comenzar con la intervención logopédica en ese momento. Si responde a ésta en pocos meses, apoya el diagnóstico de retraso simple, pero si persiste estaremos ante

un TEL, que requiere no solo la intervención ya instaurada desde una edad temprana, sino una terapia y seguimiento prolongados.

El diagnóstico del TEL se basa actualmente sobre criterios clínicos de exclusión y evolución, ya comentados, junto a una evaluación neuropsicolingüística específica. No obstante, es importante apuntar detalladamente los antecedentes patológicos obstétricos, perinatales y de su desarrollo que puedan haber influido sobre la adquisición del lenguaje o que produzcan otros problemas acompañantes. Si existe una historia de posible agresión al sistema nervioso, la realización de una resonancia magnética cerebral podría estar indicada para buscar una lesión estructural. Por otro lado, explorar los antecedentes familiares permite poner en relación los hallazgos neurolingüísticos con las alteraciones en el genoma si hay familiares afectos, aunque actualmente no están disponibles estudios genéticos para el diagnóstico de TEL.

TABLA II. CLASIFICACIÓN SEMIOLÓGICA DE LOS TEL, SEGÚN RAPIN Y ALLEN (1988).

Tipos de TEL	Comprensión		Expresión		Uso
	Sintaxis	Fonología	Sintaxis	Fonología	
Déficit expresivos					
<i>Disprogramación fonológica</i>	Normal	Normal	Enunciados casi ininteligibles	Articulación confusa, mejora con repetición	Normal
<i>Dispraxia verbal</i>	Casi normal	Casi normal	Mínima fluencia, o mutismo	Alterada, no mejora con repetición	Normal
Déficit mixtos (expresión y comprensión)					
<i>Trastorno fonológico-sintáctico</i>	Peor si enunciado largo o rápido	Afectada	Enunciados cortos, omisiones	Afectada	Normal
<i>Agnosia verbal auditiva (sordera verbal)</i>	Nula	No reconoce sonidos del lenguaje	Muy escasa	No repiten sonidos ni palabras	Capacidad de comunicación por gestos
Trastornos específicos complejos					
<i>Déficit semántico-pragmático</i>	Sólo frases simples y de forma literal	Normal	Habla fluida, pseudopedante	Normal	Discurso muy poco adecuado al contexto
<i>Déficit léxico-sintáctico</i>	Afectada, peor si frases complejas	Normal	Circunloquios, frases cortas, anomia	Normal	Mejor en lenguaje coloquial

CLASIFICACIÓN DE LOS TEL

La clasificación en subgrupos de TEL es necesaria dada la sintomatología tan heterogénea. Además, facilita la identificación e intervención específica sobre la dimensión del lenguaje más afectada. La clasificación clínica actualmente más aceptada y utilizada es la propuesta por Rapin y Allen (Tabla II). Esta clasificación semiológica se basó en datos de niños de habla inglesa. En la actualidad disponemos de una clasificación de los TEL en niños hispanohablantes, elaborada por Crespo-Eguílaz y Narbona, que aporta algunos cambios respecto a las anteriores. Por ejemplo, la dispraxia verbal está incluida dentro del trastorno fonológico-sintáctico ya que en estos niños se encuentran marcadas dificultades de la comprensión. Además, estos autores añaden una variante de TEL, el *trastorno pragmático*, que cursa sin dificultades semánticas. En este déficit pragmático, las habilidades sociales y psicomotrices son apropiadas y no muestran una res-

tricción del campo de intereses, lo que permite diferenciarlo del síndrome de Asperger (trastorno del espectro autista). Sin embargo, en el trastorno pragmático las relaciones con compañeros también suelen ser pobres por un uso peculiar del lenguaje, pseudopedante, y pueden ser víctimas de discriminación o incluso de acoso escolar.

Como ya se ha apuntado, el TEL puede coexistir con la deficiencia intelectual o con los trastornos generalizados del desarrollo, complicando el diagnóstico y la intervención. Dentro del espectro autista se pueden encontrar todas las variantes de trastornos lingüísticos descritos en la disfasia, excepto las puramente expresivas. Lo práctico de esta distinción es el tipo de intervención lingüística que requerirá un niño autista con un tipo concreto de TEL, aparte de mejorar su comunicación e interacción social. Pero, en general, la diferencia con el niño con TEL es que el niño autista presenta además alteraciones sociales, del pensamiento y de la conducta, y no usa estrategias comunica-

tivas no verbales compensatorias de su déficit verbal que son características en los TEL (muecas, guiños, señalar). Sin embargo, como consecuencia de las dificultades formales del lenguaje, los niños disfásicos pueden tener problemas de competencia social y de comunicación, y participan menos en las interacciones sociales comparados con niños con un desarrollo del lenguaje normal.

Un niño con un subgrupo de TEL puede evolucionar a otro tipo distinto afectando tanto a los aspectos formales como a los funcionales. Con mayor frecuencia evolucionan hacia un trastorno fonológico-sintáctico, que es la forma más frecuente de TEL (70%). Dentro de los programas de intervención habrá que tener en cuenta todas estas peculiaridades de los TEL: sus dificultades de comunicación, la interacción social y lo cambiante de los aspectos formales y/o funcionales del lenguaje que están afectados en cada etapa del desarrollo del niño disfásico.

ABORDAJE TERAPÉUTICO

La escasez de estudios controlados hace difícil elegir una estrategia de intervención concreta y uniforme para todos los tipos de TEL. No obstante, existe un consenso sobre la necesidad de ayudar precozmente a estos niños. El tratamiento, insistimos, debe ser a una edad temprana, de forma intensiva y prolongada, y debe estar basado en los resultados de la evaluación neuropsicolingüística realizada. El tratamiento de los niños y niñas con TEL requiere un abordaje multidisciplinar, con la coordinación adecuada de las distintas disciplinas implicadas: pediatra, neurólogo pediatra, psiquiatra infantil, psicólogo, logopeda, psicopedagogo, educadores y padres.

En la decisión de intervenir de forma precoz influye la duda de si estamos ante un retraso simple o ante un retraso patológico. Esto no debe ser una limitación para comenzar el tratamiento puesto que habitualmente las terapias de lenguaje suelen ser amenas para el niño y siempre le van a ayudar, no a perjudicar. De todos modos, existen unos criterios clínicos para indicar un principio urgente del tratamiento (Tabla III).

Una de las modalidades de intervención más aceptadas sigue las líneas del proceso normal de adquisición del lenguaje. La idea es integrar el tratamiento en contextos comunicativos reales, haciendo participar a la familia y a la escuela en coordinación con el terapeuta del lenguaje. Durante la etapa preescolar hay que combinar tres tipos de recursos:

1. La *orientación a los padres*, que mejora la interacción pues éstos tienden a prestar menos atención o hablar menos a un niño que no se comunica con lenguaje oral. Se les estimula para acompañar el habla con gestos, onomatopeyas o dibujos. Su apoyo y orientación debe venir desde el terapeuta, el colegio, y desde su médico.

TABLA III. CRITERIOS DE BISHOP Y ROSENBLUM (1987) PARA EL INICIO URGENTE DE UNA INTERVENCIÓN PSICOLINGÜÍSTICA.

-
1. Ninguna palabra inteligible a los 2 años (además de "papa" y "mama").
 2. No asocia dos palabras en un enunciado a los 2,5 años.
 3. Vocabulario limitado a unas cuantas palabras a los 3 años.
 4. Enunciados de sólo dos palabras a los 4 años.
-

2. La *intervención no individualizada*: grupos de lenguaje en el seno de la escuela o del gabinete logopédico, usando juegos con soporte verbal, animado por la profesora y/o logopeda.

3. Las *intervenciones específicas* según las distintas formas de TEL: en las alteraciones formales se trabajan los aspectos fonológicos, sintácticos, léxicos, y en los casos severos (agnosia verbal) se recurre al uso de terapias auditivo-orales junto al gesto simbólico; en las alteraciones funcionales se trabaja la extinción de las estereotipias y el fomento de la comunicación interpersonal, además de los aspectos cognitivos.

A partir de los 6 años y durante la edad escolar deben continuarse las modalidades de intervención específica y centrarse además en el aprendizaje de la lectoescritura como método de representación gráfica de la estructura fonológica. En las alteraciones funcionales se deben potenciar los aspectos cognitivos y pragmáticos mediante mensajes escritos: listas de la compra, menús, anuncios de revistas y periódicos, viñetas de cómic, guiones de teatro, etc. Además, es muy importante prevenir la posibilidad de acoso escolar (*bullying*) en estos niños que no sabrán expresar de forma adecuada lo que les puede estar pasando en el colegio o en la calle, y que se sienten rechazados por sus compañeros, y muchas veces olvidados por algunos educadores.

El niño disfásico requiere una terapia logopédica intensiva (al menos tres sesiones por semana) con una adaptación del cu-

rrículo escolar. El objetivo a medio plazo es poder reintegrarle en un currículo normal para niños normooyentes y de nivel intelectual normal, salvo que coexista con un trastorno autista o un retraso mental. Además, se pueden beneficiar de los recursos disponibles para los niños que padecen trastornos del aprendizaje o de la lectoescritura.

PRONÓSTICO

Aunque durante la etapa pre-escolar la capacidad cognitiva no verbal de un niño con TEL sea con frecuencia normal, durante la etapa escolar pueden ir apareciendo dificultades académicas debido al incremento de las demandas intelectuales del currículo escolar y a la afectación sobre el lenguaje escrito. Los sujetos con TEL pueden adquirir la capacidad lingüística para mantener una conversación normal, aunque su nivel de vocabulario y de lectura suele ser bajo para su edad. El acceso a un empleo remunerado regular ocurre en algo más de un tercio, y son pocos los que completan unos estudios superiores. Además, cerca de la mitad pueden tener problemas de relación social.

En edad preescolar, entre los elementos pronóstico para padecer una forma severa de TEL, podemos citar: persistencia de trastornos notables más allá de los 5,5 años, afectación de la comprensión y no sólo de la expresión, trastornos de la semántica y pragmática, asociación de trastornos perceptivos y/o motores, déficits intelectuales

no verbales, déficit de atención, trastornos de conducta, poco apoyo familiar y situaciones socio-culturales desfavorables.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

1. Aguado G, Cuetos F, Domezáin MJ, Pascual B. Repetición de pseudopalabras en niños españoles con trastorno específico del lenguaje: marcadores psicolingüísticos. *Rev Neurol* 2006; 43 (Supl 1): S201-S208.
2. Bishop DVM, Rosenbloom L. Classification of childhood language disorders. En: Yule N, Rutter M (eds.). *Language development and disorders*. Oxford: Mc Keith Press, Blackwell Scientific; 1987. p. 16-41.
3. Crespo-Eguílaz N, Narbona J. Perfiles clínicos evolutivos y transiciones en el espectro del trastorno específico del desarrollo del lenguaje. *Rev Neurol* 2003; 36 (Supl1): S29-S35.
4. Crespo-Eguílaz N, Narbona J. Subtipos de trastorno específico del desarrollo del lenguaje: perfiles clínicos en una muestra hispanohablante. *Rev Neurol* 2006; 43 (Supl1): S193-S200.
5. Monfort M, Juárez A. *El niño que habla. El lenguaje oral en el preescolar*. Madrid: CEPE; 1996.
6. Narbona J, Chevrie-Muller. *El lenguaje del niño. Desarrollo normal, evaluación y trastornos*. 2ª edición. Masson; 2001.
7. Rapin I, Allen D. *Syndromes in developmental dysphasia and adult aphasia*. En: Plum F. *Language, Communication and the Brain*. (Vol. Association for research in nervous and mental disease, p. 57-75). Nueva York: Raven Press; 1988.