



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 24 – NOVIEMBRE DE 2009

“TRASTORNOS DEL LENGUAJE”

AUTORÍA CRISTINA RIVERA PARRA
TEMÁTICA TRASTORNOS DEL LENGUAJE
ETAPA EI, EP

Resumen

Los trastornos del lenguaje dificultan de manera más o menos persistente, la comunicación lingüística, afectando no solo a aspectos lingüísticos (fonológicos, sintácticos o semánticos, tanto en el nivel de comprensión y decodificación como de expresión o producción-codificación), sino también intelectuales y de la personalidad, interfiriendo en las relaciones y rendimiento escolar, social y familiar de los individuos afectados.

Palabras clave

- Retraso simple del lenguaje
- Disfasia
- Afasia
- Rapin y Allen

1.-CONCEPTO Y DIFERENCIACIÓN CON RESPECTO A LOS TRASTORNOS DEL HABLA Y DE LA COMUNICACIÓN.

Los trastornos del lenguaje no se centran en los trastornos de fonética y fonología, sino en otros aspectos del lenguaje: morfosintaxis, semántica, pragmática..., es decir, afecta a la esencia del lenguaje como sistema de signos.

Los trastornos del lenguaje se llaman logopatías. Estas son muy graves ya que el lenguaje está muy relacionado con el pensamiento y su desarrollo. Las logopatías afectan a todos los componentes del lenguaje.



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 N° 24 – NOVIEMBRE DE 2009

2.-CLASIFICACIÓN: TRASTORNOS ADQUIRIDOS VERSUS TRASTORNOS DEL DESARROLLO.

Trastornos del lenguaje:

-Primarios:

Adquiridos: afasias adulto y afasias infantiles.

Evolutivos: retrasos simples del lenguaje, audiomudez y disfasias

-Secundarios

Los trastornos se dividen en dos grandes grupos: primarios y secundarios. Los que más nos interesan son los primarios, es decir, no se dan en un cuadro diferencial más amplio.

Estos, a su vez se dividen en adquiridos y evolutivos.

Los adquiridos se producen como consecuencia de algún problema que sobreviene una vez que el lenguaje ya está consolidado. Dentro de estos hay trastornos generales y específicos. El término genérico para este tipo de trastornos es el de afasia, más característico del adulto aunque también se pueden dar en niños, pero ya tienen que tener adquirido el lenguaje y se llamaría afasia infantil. El trastorno se produce por una lesión neurológica local, es decir, aquella que afecta a un lado determinado del cerebro, pero siempre en el hemisferio izquierdo. Según el aspecto afectado o la zona, la afasia recibe un nombre diferente. No debemos confundirlo nunca con los trastornos de comunicación, como por ejemplo el autismo o el mutismo selectivo. La afasia infantil no se debe confundir con la afasia congénita infantil o disfasia.

Dentro de los trastornos del desarrollo o evolutivos podemos encontrar aquellos que no son consecuencia de un trastorno adquirido, sino que desde el principio existe un tipo de anomalía que impide el desarrollo correcto del lenguaje. Aquí encuadramos al retraso simple del lenguaje, disfasia y audiomudez.

3.-TRASTORNOS DEL DESARROLLO DEL LENGUAJE

***Retraso Simple del Lenguaje (R.S.L.):** es un trastorno primario y específico ya que solo afecta al desarrollo del lenguaje. Afecta a todos los aspectos del lenguaje incluido el fonético-fonológico, sin



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 N° 24 – NOVIEMBRE DE 2009

embargo el retraso del habla es un trastorno fonológico que desaparecen con el tiempo, por tanto es menos grave que el retraso simple el lenguaje porque sólo afecta a una dimensión del lenguaje.

El retraso simple del lenguaje es un retardo y no una discapacidad o anomalía en la adquisición del lenguaje. El lenguaje se adquiere aunque de forma más lenta.

Los niños con R. S. L. normalmente tienen más dificultad en la adquisición de la lengua escrita, lectura y ortografía. Para prevenir sus problemas de lectoescritura hay que hacerles actividades para la discriminación de sonidos y para el análisis y síntesis fonológica como refuerzos preventivos. Además también tendremos que trabajar la conciencia fonológica.

El retraso que poseen los niños es inferior a 2 años, fundamentalmente afecta a la expresión aunque hay niños con problemas comprensivos también.

El R. S. L. aparece sin causa aparente, es decir, en condiciones de estimulación lingüística normal y sigue unas pautas evolutivas normales. Están afectadas todas las dimensiones del lenguaje.

El criterio más habitual para un diagnóstico del R. S. L. se basa en pruebas estandarizadas. Hasta los 3 años no podemos detectar si hay o no retraso y después de los 8 años ya no hablaríamos de retraso del lenguaje sino de un trastorno específico del lenguaje. No se puede hablar de RSL sin estudiar su entorno familiar y si existe en dicho entorno estimulación adecuada para que el niño desarrolle el lenguaje.

Características:

La expresión aparece más alterada que la comprensión, que incluso es calificada como normal por algunos autores. En la expresión es característico el trastorno fonológico. Las emisiones lingüísticas aparecen como poco inteligibles porque se altera la estructura silábica de las palabras y se sustituyen, omiten o agregan fonemas. Los errores característicos consistirán en fenómenos de asimilación, metátesis y reducción de secuencias fonemáticas complejas que deforman la palabra. Dichos errores son análogos a los que presentan los niños más pequeños en las primeras etapas del desarrollo del lenguaje. La persistencia de ellos más allá de la etapa normal del desarrollo del lenguaje constituye un primer signo de retraso en la adquisición.

La alteración fonológica que afecta la emisión de las palabras parece ser uno de los rasgos característicos del RSL y explica por qué muchos autores la denominan simplemente retardo del habla.

***Disfasia:** es un trastorno específico del lenguaje que se caracteriza por un retardo severo superior a 2 años, y se debe comprobar si hay anomalías de tipo no lingüística (motricidad, socialización...). No hay una causa aparente que justifique dicho retraso. Es un déficit perdurable, es decir, no se recupera espontáneamente como en el caso del RSL. Pero esto no significa que no pueda mejorarse. No se debe ni a deficiencia auditiva, ni a retraso mental, ni a una lesión cerebral, ni tampoco se debe a poca estimulación de la familia o a un bajo nivel sociocultural de esta.



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 24 – NOVIEMBRE DE 2009

Clasificación clínica de Rapin y Allen:

- 1.-Agnosia verbal auditiva: Dificultades en lenguaje hablado. Es una “sordera verbal para las palabras”.
- 2.-Dispraxia verbal: Comprensión normal, fluidez muy afectada sobre todo a nivel fonológico y suprasegmental.
- 3.-Déficit de la programación fonológica: Lenguaje expresivo prácticamente ininteligible.
- 4.-Déficit fonológico sintáctico: Déficit fonológico, frases cortas casi sin palabras gramaticales, marcas morfológicas mal y dificultad en la comprensión de abstractos.
- 5.-Déficit léxico sintáctico: Dudas en la denominación, grave imprecisión de la voz, circunloquios y mazes, déficit morfosintáctico.
- 6.-Déficit semántico pragmático: Expresión estructural bien pero no contextual, comprensión muy afectada, perseverancia temática, dificultades comunicativas.

4.- TRASTORNOS ADQUIRIDOS DEL LENGUAJE: AFIASIAS

La afasia es una alteración adquirida de la comprensión y formulación del lenguaje, causada por una disfunción en unas zonas específicas del cerebro. La esencia de la afasia es una alteración del proceso lingüístico, una interrupción del mecanismo que traduce los pensamientos en lenguaje. Se puede producir por cualquier enfermedad que afecte a las áreas del hemisferio cerebral relacionado con el lenguaje. En la mayoría de los casos están producidas por accidentes cerebro-vasculares, traumatismo... No sólo altera la comunicación y el lenguaje, sino que también tiene un efecto profundo sobre la afectividad del paciente.

Las lesiones que causan afasias se localizan en el hemisferio izquierdo, tanto como para individuos diestros como zurdos. La afasia es una alteración neurológica especial que requiere para su comprensión distintos puntos de vista: El anatómico, el fisiológico y el psicológico.

Clasificación:

El estudio científico de la afasia puede considerarse que se inicia con Paul Broca, en 1861, cuando demostró que la tercera circunvolución frontal es el centro indispensable para la producción del lenguaje articulado, llamado desde entonces área de Broca. A partir de este momento, la descripción de los trastornos del lenguaje que comportan una afasia se efectúa en función de la localización de la lesión en la corteza cerebral.

Wernicke en 1874, completa la aportación de Broca. El centro auditivo del lenguaje se localiza en la primera circunvolución temporal y es indispensable para la interpretación del lenguaje. Este centro se denomina área de Wernicke.

Con este conocimiento del área de Broca, centro motor del lenguaje, y el área de Wernicke, centro receptivo del lenguaje, se fundamentan las clasificaciones de las afasias. Podemos distinguir dos tipos



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 24 – NOVIEMBRE DE 2009

que se complementan. Por un lado, una dicotómica y, por otro, una basada en la localización de la lesión.

A) Clasificación dicotómica:

Es una clasificación amplia formulada a partir de la ubicación generalizada de la lesión, antes de identificar los síndromes específicos (afasias fluentes y no fluentes).

1.- Afasias fluentes: Están asociadas a lesiones posteriores de las áreas del lenguaje (temporo-parietales). Los afásicos fluentes se caracterizan por una expresión sin esfuerzo, con pocos fallos en la articulación, pero presentan poco contenido informativo en su discurso, falta de vocabulario, circunloquios, neologismos, parafasias... Todo esto conduce a una expresión con distinto grado de pobreza en su contenido y, a veces, a una expresión ininteligible, calificada de jerga.

2.- Afasias no fluentes: Se encuentran vinculadas a lesiones de las zonas anteriores del lenguaje (frontales). La expresión de los afásicos no fluentes se caracteriza por un gran esfuerzo articulatorio y la articulación manifiesta graves trastornos. Asimismo, el contenido tiene más significado que el de los fluentes, pero la expresión, como se ha dicho, se desarrolla con más dificultad.

B) Clasificación según la localización cortical de la lesión

1.- Afasia de Broca: Lenguaje no fluente, habla lenta no melódica, comprensión afectada en cierto modo, problemas en la repetición, nominación pobre, dificultad para leer en voz alta, agramatismos, afecta gravemente a la expresión.

2.- Afasia de Wernicke: Lenguaje fluente, melódico, alteración en la comprensión y en la capacidad de repetición, parafasias, lectura anormal, la patología se encuentra en el lóbulo temporal dominante (área de Wernicke).

3.- Afasia de conducción: comprensión relativamente normal del lenguaje hablado, lenguaje fluente parafásico ininteligible, dificultad en la nominación, preserva la producción del lenguaje y la comprensión auditiva, problemas con la escritura.

4.- Afasia global: Pérdida casi completa de la capacidad para comprender y formular el lenguaje, el lenguaje automático está preservado, se acompaña de hemiplejía.

5.- Afasia motora transcortical: predominio de alteraciones motoras, lenguaje no fluente, comprensión preservada, dificultad en la nominación.

6.- Afasia transcortical mixta: Capacidad para repetir el lenguaje hablado, afasia no fluente con defecto de comprensión.

7.- Afasia transcortical sensitiva: Lenguaje fluente, parafasias semánticas, comprensión limitada, problemas en lectura y escritura.

8.- Afasia anómica: Anomia, lenguaje fluente, comprensión normal, problemas de nominación aparentes.



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 24 – NOVIEMBRE DE 2009

9.- Afasia subcortical: Estado de mutismo de forma aguda, la comprensión en la lectura y escritura puede o no estar afectadas, la alteración tan severa del lenguaje es de naturaleza transitoria.

Afasia en la infancia: diferencias con respecto a las afasias de los adultos

Las afasias infantiles se sitúan en general, entre los 2-15 años, siendo las edades centrales entre 5-10 años. La lesión se produce cuando existe una previa adquisición del lenguaje. Ya que el cerebro del niño está en proceso de maduración, las manifestaciones clínicas dependerán del grado de lenguaje adquirido por el niño en el momento padecer la lesión cerebral.

La afasia infantil se presenta con frecuencia en casos de lesiones derechas y sigue la fórmula general de reducción con escasez de parafasias y ausencia de logorrea y con una recuperación rápida y completa. Tales alteraciones del lenguaje aparecen solamente en lesiones derechas de niños pequeños.

Si la lesión cerebral se produce antes de los 3 años, la recuperación sería completa y rápida y no se trataría de una verdadera recuperación sino de una adquisición. Sería más tarde, antes de los 10 años, el momento en el cual se producirían las verdaderas afasias infantiles, pero la recuperación sería la normal. Entre 11-14 años, la recuperación es menos probable y las características del trastorno del lenguaje se acercarán a las del adulto.

5. INTERVENCIÓN EN AFASIAS

5.1 Intervención en los trastornos afásicos de predominio motor

Se utilizará en los ejercicios de rehabilitación el lenguaje más automatizado y consolidado del sujeto, que suele ser las series aprendidas de memoria cuando era niño como, por ejemplo, los días de la semana, meses, estaciones, numeración, canciones y poesías conocidas, refranes, etc. También es necesario utilizar palabras con un contenido emocional para el sujeto, nombre de personas queridas, etc.

Los ejercicios se realizarán de la siguiente manera:

- El sujeto al unísono con el reeducador va nombrando una serie de palabras (por ejemplo: Enero, Febrero, Marzo,...), procurando llevar a cabo una imitación cuidadosa, apoyándose en la entonación y pronunciación del reeducador.
- El sujeto emitirá la serie de palabras a continuación del terapeuta.
- Se contarán objetos, primero en voz alta y luego en voz baja. A continuación lo hará en silencio y comunicará sólo el total.
- Se cantarán y recitarán canciones y poesías conocidas.



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 24 – NOVIEMBRE DE 2009

Con estos ejercicios no se busca la respuesta correcta sino estimular la atención hacia el discurso y la producción espontánea de algunos sonidos.

En cuanto a la intervención en la articulación, el objetivo será alcanzar una articulación correcta y para esto realizaremos actividades de diferenciación de sílabas dentro de las palabras.

-El sujeto indicará con palmadas, golpes en la mesa, etc. la estructura silábica de la palabra (CO-CHE, TE-NE-DOR)

-El paso siguiente será intentar pronunciar cada sílaba aunque sea de forma incorrecta. Utilizaremos, en un primer momento, sílabas sencillas repetidas (PA-PÁ, TA-TÁ....)

-Después se emplearán palabras de dos sílabas con consonantes distintas y la misma vocal (DA-MA, LA-NA,...).

-A continuación se ejercitará con palabras que varíen las vocales, permaneciendo las consonantes (PI-PA, BE-BO,...).

5.2 Intervención en los trastornos afásicos de predominio sensorial

El objetivo de la intervención será restablecer la correcta percepción de los sonidos y la comprensión acústica del lenguaje. La rehabilitación comenzará con actividades para evitar la jergafasia y, al mismo tiempo, obtener que el sujeto tenga una actitud consciente hacia el lenguaje que se le dirige. Para ello se pueden utilizar los siguientes recursos:

-Apartar la atención de su lenguaje hablado y llevarlo hacia la realización de dibujos, trabajos manuales, bordados, construcciones, etc. La prohibición directa de que no hable no da resultado, de ahí que haya de focalizar su atención en otras actividades.

-Incorporar palabras breves y sencillas en relación con la situación y actividad que ejecuta el sujeto ("bien, así, correcto, sí, no, excelente trabajo, siga, etc."). La asociación de éstas con la tarea que lleva a cabo le ayuda a comprender su significado y a responder adecuadamente a las palabras escuchadas.

-Mostrar imágenes, además auditivamente, para ayudar en su comprensión, instrucciones sencillas que deben darse durante las sesiones de rehabilitación. Ejemplos: dame la libreta, coge el lápiz, siéntate,...

El paso siguiente en su rehabilitación consiste en reconocer palabras dentro de una frase.

-Clasificación de objetos: Se enseñan imágenes de diversos objetos y se dice: "Agrupe todos los animales, las herramientas, las frutas, etc.".Al principio puede tener ayuda, señalándosele alguna imagen. Una vez que el sujeto ha hecho las clasificaciones solicitadas, se le pide, de modo exclusivamente verbal, que localice los distintos grupos. Ejemplo: señale las frutas, señale dónde están las herramientas,....



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 N° 24 – NOVIEMBRE DE 2009

Son de mucha utilidad los ejercicios *conflictivos*, es decir, pedirle que ponga el dedo en un grupo de objetos que no esté.

6. CASOS PRÁCTICOS DE AFASIAS

6.1 Afasia de Broca

Nos encontramos ante el caso de un niño al que llamaremos Daniel, tiene 12 años y ha sido diagnosticado con afasia de Broca. Presenta una lesión en el hemisferio izquierdo (lóbulo frontal) como consecuencia de un accidente de tráfico hace ya dos años. El lenguaje que presenta se caracteriza por un gran esfuerzo articulatorio y la articulación manifiesta graves trastornos. También presenta estereotipias verbales que consisten en repetir una y otra vez, algunas palabras o expresiones hechas. El niño es consciente de sus propias limitaciones y errores. La expresión en general, es escueta con gran parte de las palabras auxiliares omitidas, lo que confiere al habla un carácter agramatical y telegráfico.

La comprensión del lenguaje, por lo general, es normal aunque a veces presenta dificultad con la comprensión de órdenes complejas.

6.2 Afasia de Wernicke

María es una niña de 9 años con afasia de Wernicke. El año pasado en su clase de hípica un caballo la cayó y la pisó contra el suelo sin que ella llevara el casco. La lesión se produjo en el área izquierda del cerebro. Su lenguaje se caracteriza por una expresión sin esfuerzo, con pocos fallos en la articulación pero con poco contenido en su discurso, es decir, falta de vocabulario, circunloquios, neologismos, parafasias, etc. Además el lenguaje es abundante e irreconocible y se produce sin que María se de cuenta de la inadecuación del mismo. Todo esto da lugar a una expresión pobre, a veces ininteligible que calificamos como jerga.

7. BIBLIOGRAFIA

- Gallardo, J.R. y Gallego, J.L.(1993).*Manual de logopedia escolar*. Granada: Aljibe.
- Galindo, E.(1983).*Modificación de conducta en la educación especial*. México: Trillas
- Peña Casanova, J. (1990). *Manual de logopedia*. Barcelona: Masson.
- Ardila A., Ostrosky S. F. (1991) *Diagnóstico del daño cerebral, un enfoque neuropsicológico*.México: Trillas.



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 N° 24 – NOVIEMBRE DE 2009

Autoría

- CRISTINA RIVERA PARRA
- PUERTO SANTA MARIA, CÁDIZ
- TRIKYRIVERA@HOTMAIL.COM