

---

# Introducció als trastorns del desenvolupament del llenguatge oral

---

PID\_00255200

Gerardo Aguado  
Estela López-Nicolás

---

Temps mínim de dedicació recomanat: 2 hores

---



**Gerardo Aguado**

Llicenciat en Psicologia per la Universitat de Barcelona. Doctor en Ciències de l'Educació. Professor titular de la Universitat de Navarra. Director del centre Huarte de San Juan, de Pamplona. La seva recerca s'ha centrat en l'estudi del llenguatge a l'educació infantil i primària; concretament, en el desenvolupament morfosintàctic i lèxic, i en la seva relació amb les habilitats mentalistes. També ha estudiat l'origen del trastorn específic del llenguatge. És autor de diversos llibres i articles sobre aquests temes i, des de fa uns anys, també dedica els seus esforços a identificar estratègies per a la millora de la comprensió del llenguatge oral i escrit.

**Estela López-Nicolás**

Llicenciada en Psicologia per la Universitat del País Basc. Màster en Intervenció educativa i psicològica per la Universitat de Navarra. Psicòloga del centre Huarte de San Juan de Pamplona. Forma part de l'equip pedagògic Intralíneas. Ha format part de diversos equips de recerca, i la seva recerca s'ha centrat en les dificultats del llenguatge i en la comprensió del llenguatge oral i escrit.

# Índex

<b>1. Trastorns del llenguatge adquirits i evolutius/específics.....</b>	<b>5</b>
1.1. Trastorns secundaris adquirits .....	6
1.2. Trastorns secundaris congènits .....	6
1.3. Els atributs «primari», «específic» i «evolutiu» aplicats als trastorns del llenguatge .....	7
<b>2. El trastorn específic del llenguatge (TEL).....</b>	<b>11</b>
2.1. Diagnòstic i avaluació, criteris i objectius: aclariment necessari .....	13
<b>3. Classificacions de trastorn específic/evolutiu del llenguatge</b>	<b>15</b>
<b>4. Manifestacions lingüístiques en el TEL.....</b>	<b>17</b>
<b>5. Conclusions.....</b>	<b>21</b>
<b>Bibliografia.....</b>	<b>23</b>



## 1. Trastorns del llenguatge adquirits i evolutius/específics

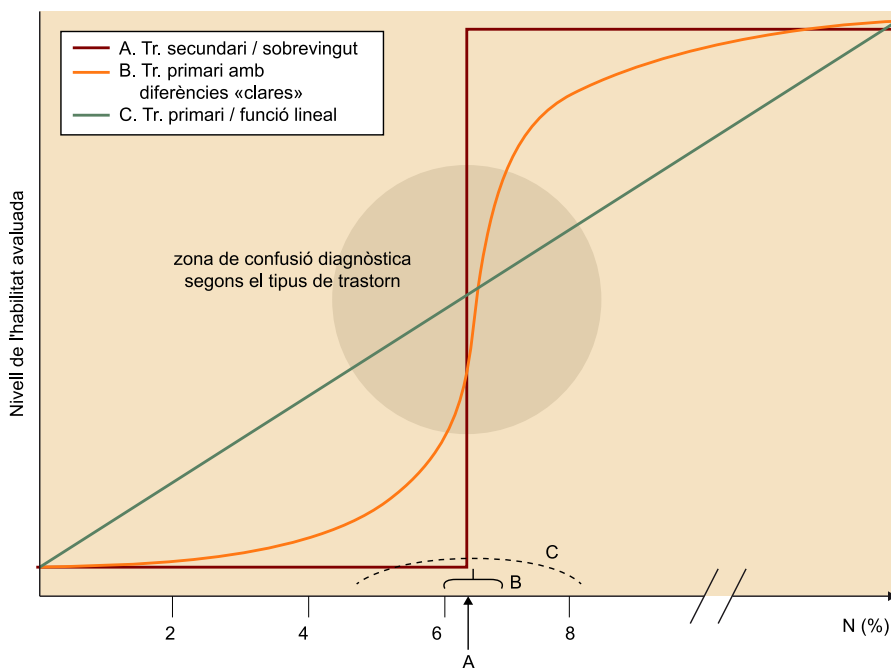
La classificació més comú dels trastorns del llenguatge és la que té com a criteri el seu origen<sup>1</sup>. Hi ha trastorns del llenguatge que es produeixen quan aquest ja s'ha adquirit o l'aparició dels quals està associada a una condició patològica coneguda. Es tracta de trastorns secundaris del llenguatge, ja siguin adquirits o congènits<sup>2</sup>. D'altres, en canvi, tenen un inici difícil de situar en el temps, es manifesten en forma de retard en l'adquisició d'alguna o de totes les dimensions del llenguatge, es van fent més evidents amb el temps i no estan associats a una condició patològica coneguda. Es tracta de trastorns primaris del llenguatge.

(<sup>1</sup>)Aguado, 2014

(<sup>2</sup>)Chevrie-Muller i Narbona, 2007, cap. 12

La identificació dels trastorns secundaris és fàcil; es podria dir que o bé afecten o bé no afecten un nen. No obstant això, el panorama dels trastorns primaris dista de ser precís (Fig. 1) i, per tant, caldrà fer alguns aclariments.

Figura 1



Formes hipotètiques i esquematitzades de distribució de tres tipus de trastorns.

Si es projecta la zona de confusió en l'eix d'abscisses:

- les persones afectades per trastorns secundaris es diferencien clarament de les que no els pateixen;
- si la distribució adopta una forma sigmoide, la imprecisió diagnòstica augmenta. Aquesta funció sigmoide pot adoptar formes més o menys suaus, i aquesta és la forma que descriu bé el desenvolupament típic del llenguatge

(com a funció logística). Per això, representa la descripció més precisa dels trastorns evolutius, que comencen sent un retard en la seqüència típica de desenvolupament;

c) si la distribució adopta una funció lineal (o una sigmoide molt estirada), la imprecisió és gran i hi podrien haver molts dubtes en el diagnòstic de moltes persones.

### 1.1. Trastorns secundaris adquirits

Els trastorns secundaris del llenguatge que es produeixen després d'haver adquirit en un cert grau la funció lingüística són, típicament, les afàsies, que es deuen a lesions o a disfuncions unihemisfèriques o bihemisfèriques. Les disfuncions també poden ser conseqüència de l'epilèpsia. Però existeix una forma d'afàsia, el **síndrome d'afàsia-epilèpsia** (Landau-Kleffner), que està específicament associada a l'epilèpsia i que pot tenir un començament brusc, d'un dia per l'altre, o bé un començament progressiu que pot durar setmanes. Aquesta forma d'afàsia comporta una major focalització de les descàrregues epilèptiques en els lòbuls temporals, i els seus trets més característics són, d'una banda, una agnòsia auditiva verbal pura i, d'altra banda, una recuperació progressiva que pot durar anys i que, de vegades, pot ser incompleta.

Pot haver-hi altres trastorns de la parla i del llenguatge que siguin conseqüència de traumatismes, de malalties progressives o fins i tot d'intervencions quirúrgiques i radiològiques. Aquests trastorns adopten la forma de disàrtries, associades amb freqüència a distonies, disglòssies, apràxies, entre altres condicions.

### 1.2. Trastorns secundaris congènits

En aquest àmbit existeixen trastorns de la parla i del llenguatge associats a condicions patològiques conegudes:

- els diversos tipus de **disàrtria**, un trastorn de la parla associat sobretot a la paràlisi cerebral;
- la **disglòssia**, un trastorn de la parla que és conseqüència de malformacions velopalatines, linguals, labials, maxilodentaries; i
- el trastorn de llenguatge associat a la **hipoacúsia**.

Hi ha un grup de trastorns del llenguatge que es pot incloure dins d'aquest àmbit. Tanmateix, la relació que els trastorns d'aquest grup tenen amb les condicions patològiques que els originen està intervinguda per les conseqüències que aquestes condicions tenen en altres funcions, concretament en les funcions cognitives i comunicatives. Concretament, es fa referència al llenguatge associat a les diferents formes de discapacitat intel·lectual i al trastorn de l'espectre autista (TEA).

En relació amb el llenguatge associat a les diferents formes de discapacitat intel·lectual, existeix una variació notable en les conductes lingüístiques en funció del tipus de discapacitat<sup>3</sup>.

<sup>(3)</sup>Chevrie-Muller i Narbona, 2007, cap. 24

D'una banda, hi ha les discapacitats que originen un llenguatge retardat, derivat, al seu torn, d'un retard en l'adquisició de les habilitats comunicatives (per exemple el síndrome de *Down*, el més estudiat, i el de *Prader-Willi*). D'altra banda, hi ha les discapacitats que comporten l'absència o la limitació severa d'aquestes habilitats i del llenguatge (per exemple síndromes de *Rett* i d'*Angelman*). A aquest grup caldria afegir-hi les dificultats de llenguatge associades a discapacitats de causa desconeguda (la tercera part en persones amb un CI inferior a 50 i la meitat en persones amb un CI entre 50 i 70) i a les causades en el període pre- i perinatal (per exemple alcoholisme de la mare).

A més a més, algunes discapacitats intel·lectuals porten associades limitacions del llenguatge peculiars, amb bona execució fonològica i morfosintàctica (síndrome de *Williams*) o amb característiques pròpies del TEA (X Fràgil).

En relació amb el llenguatge de les persones amb TEA, totes elles mostren un trastorn de la dimensió pragmàtica del llenguatge; és la seva característica nuclear. Quant a les altres dimensions, tot i que alguna de les seves formes (per exemple, *Asperger*) està associada a un llenguatge correcte des del punt de vista formal, es constaten limitacions semàntiques subtils en aquestes formes de TEA d'alt rendiment. També es constaten trastorns en les altres dues dimensions (fonologia i morfosintaxi) entre els nens amb TEA i trastorn de llenguatge associat (TEA-TL). La dimensió menys afectada és la fonològica; en un 25% dels nens amb TEA-TL persisteixen les dificultats fonològiques, i, en molts d'aquests casos, també hi ha una discapacitat intel·lectual<sup>4</sup>.

<sup>(4)</sup>Roth i Rezaie, 2011, cap. 9

### 1.3. Els atributs «primari», «específic» i «evolutiu» aplicats als trastorns del llenguatge

Els trastorns primaris del llenguatge són els que es distribueixen segons una funció sigmoide més o menys aguda o segons una funció lineal. El seu diagnòstic resulta fàcil quan la persona afectada s'allunya de la «zona de confusió» (Fig. 1), però és discutible quan les valoracions del llenguatge s'apropen a la puntuació que es considera criteri.

Per exemple, el trastorn específic del llenguatge (TEL) es diagnostica quan, a més de complir el criteri d'especificitat (és a dir, no estar associat a una condició patològica coneguda), la persona examinada obté una puntuació de 77 o menys (-1,5 desviacions estàndard) en una de les principals escales del CELF-4. Però què es fa amb un nen que obté una puntuació de 80? Des del punt de vista de les dificultats lingüístiques, és evident que no existeixen diferències remarcables respecte del nen que obté una puntuació de 77. Tanmateix, no es consideraria que està afectat per un TEL, i això tindria conseqüències indesitjables i injustes, com per exemple no rebre ajuda logopèdica a l'escola o no gaudir de les mesures adequades per afavorir l'aprenentatge.

Si no s'adoptés una perspectiva categòrica (pretensió d'imposar límits precisos en les entitats nosològiques), sinó una perspectiva basada en la necessitat d'ajudes, aquest problema desapareixeria. Des d'aquesta perspectiva dimensional i no categòrica, l'exploració conscienciosa del llenguatge espontani adquireix una importància cabdal per establir objectius concrets d'intervenció. No obstant això, avui dia les administracions educatives exigeixen diagnòstics categòrics per proporcionar aquestes ajudes.

Per tant, és important que la denominació que es doni a aquests no creï confusió i permeti identificar bé el tipus d'ajudes necessari i la seva intensitat. Entre les caracteritzacions utilitzades actualment destaquen les tres que s'esmenten a l'epígraf.

Quan a un trastorn de llenguatge se li atribueix el caràcter de primari, es fa referència al fet que aquest trastorn no és conseqüència d'una condició patològica prèvia, com ja s'ha assenyalat.

Un **trastorn específic**, per la seva banda, significa que no està associat a una condició patològica<sup>5</sup>.

<sup>(5)</sup>És un error conceptual freqüent considerar que «específic» es refereix al fet que aquest trastorn presenta unes característiques lingüístiques exclusives que el diferencien d'altres trastorns

Segons la definició proposada, no sembla que hi hagi trastorns primaris no específics ni viceversa. Tots dos atributs fan referència al mateix. Llavors, per què preferir-ne un (*específic*) a l'altre (*primari*)? Les raons són pràctiques: la cerca a internet d'articles i recerques sobre els trastorns de llenguatge deriva en abundants resultats que fan servir el terme *específic*, mentre que, generalment, el terme *primari* redirigeix la cerca a *específic*. A més a més, les classificacions més utilitzades empenen el terme «específic» per a tots els trastorns no associats a altres condicions patològiques, inclosos els de lectura i escriptura. És el cas, per exemple, de la desena edició de la Classificació Internacional de Malalties (CIE 10), que empra aquest terme des del 1992; de la Organització Mundial de la Salut (OMS), que l'empra des del 1995; de la cinquena edició del Manual Diagnòstic i Estadístic dels Trastorns Mentals (DSM-5), que l'empra des del 2013; i de l'Associació Americana de Psiquiatria (APA), que també l'empra des del 2013.

L'atribut *evolutiu* és bastant més confús, ja que, conceptualment, està definit vagament.

Els **trastorns evolutius**, del desenvolupament psicològic o del neurodesenvolupament són aquells que es manifesten en el període de desenvolupament (APA, 2014; OMS, 1995), fet que resulta redundant i evident en si mateix.



Aquesta definició no especifica si hi ha una condició patològica associada o no.

No obstant això, els sistemes de classificació més consultats no coincideixen a l'hora d'establir quins trastorns es consideren neuroevolutius. La CIE-10 no inclou en els trastorns evolutius la discapacitat intel·lectual, els tics ni el trastorn per dèficit d'atenció i hiperactivitat (TDAH). En la versió que s'està preparant (CIE-11), s'adopta una classificació similar a la del DSM-5. L'APA, per la seva banda, només ha tingut en compte aquesta categoria a partir de 2013, en l'última versió del DSM. En les versions més antigues (DSM-IV-TR i anteriors), aquesta denominació no existia, i només es parlava de trastorn del desenvolupament quan es feia referència al TEA, al que es denominava trastorn generalitzat del desenvolupament.

Actualment, en aquestes classificacions internacionals, els següents trastorns són evolutius (del desenvolupament psicològic, neuroevolutius o del desenvolupament neurològic): la discapacitat intel·lectual, el TEA, el TDAH, els trastorns específics de l'aprenentatge (lectura, escriptura, matemàtiques), els trastorns motors (coordinació, estereotípies, tics) i totes les formes d'alteració de la parla i del llenguatge durant el desenvolupament.

Aquestes últimes inclouen els trastorns de llenguatge, els de la parla i l'articulació o fonològics i la quequesa, així com una forma nova, que només recull el DSM-5 i que sembla substituir el trastorn semàntic-pragmàtic<sup>6</sup>: el trastorn de la comunicació social (pragmàtic). Lògicament, aquest trastorn també afectaria els nens amb TEA, encara que sense el dèficit qualitatiu de les interaccions socials (reciprocitat socioemocional, comprensió de les relacions, motivació social). És cert que el trastorn pragmàtic del llenguatge (o semàntic-pragmàtic) és una mena d'alteració del llenguatge que estaria entre el TEA i el trastorn específic del llenguatge, però els nens amb un trastorn pragmàtic del llenguatge no són nens amb TEA sense un patró repetitiu de conductes i interessos restringits, sinó que són nens amb un interès per comunicar-se, orientats socialment, però que no saben construir enunciats per produir uns efectes determinats en els interlocutors. És a dir, són nens amb un dèficit en la dimensió pragmàtica del llenguatge. Bishop<sup>7</sup> caracteritza aquest trastorn amb precisió, sense confondre'l amb l'autisme.

<sup>6</sup>Rapin, 1996

<sup>7</sup>1997, cap. 8

En realitat, aquestes classificacions internacionals tenen molt poc interès per als logopedes degut a la seva imprecisió i a la impossibilitat d'establir objectius bàsics i estratègies generals a partir dels termes diagnòstics utilitzats i a partir de la relació de símptomes per identificar els diferents trastorns. Semblen més aviat classificacions per al metge d'atenció primària, que emet un judici diagnòstic. Després d'aquest judici diagnòstic, el logopeda o el psicòleg del llenguatge han de dur a terme una valoració precisa i costosa per saber què cal treballar i com cal fer-ho.

Altres classificacions molt més interessants per als logopedes, com la de Chevrie-Muller i Narbona (2007), ja empraven una combinació de tots dos termes des del 1996, i estudiaven els «trastorns específics del desenvolupament del llenguatge» (cap. 19).

Llavors, si considerem només els atributs *específic* i *evolutiu*, és evident que el segon té un ús molt més estès, una extensió molt superior, una concreció escassa i una definició molt vaga. Per això sorprèn que recentment s'hagi determinat<sup>8</sup> canviar el nom del trastorn específic del llenguatge (TEL) pel de trastorn evolutiu del llenguatge. Aquest canvi es basa en la decisió de l'APA d'excloure el TEL de la versió definitiva del DSM-5 i en raons sense un fonament sòlid, relatives a l'arbitrarietat del terme «específic», a la seva escassa evidència empírica i al fet que implica l'exclusió d'altres dificultats de llenguatge. La seva substitució per *trastorn evolutiu del llenguatge* no ha fet més que afegir confusió a una categoria ja bastant heterogènia, diluir-la en un conjunt molt més heterogeni (és com anomenar compost químic a l'aigua i a l'hexanitrobenzè, que és un explosiu potent) i obligar a afegir descripcions al trastorn evolutiu del llenguatge per poder conèixer quina és realment la dificultat de llenguatge. Per això, des d'octubre del 2017, molts autors empen les dues denominacions juntes (SLI/DLD: *Specific Language Impairment / Developmental Language Disorder*), d'una manera similar a la denominació de Chevrie-Muller i Narbona.

<sup>(8)</sup>Bishop, Snowling, Thompson, Greenhalgh i el consorci CATALISE, 2017

## 2. El trastorn específic del llenguatge (TEL)

De tots els trastorns evolutius del llenguatge, el TEL és el que més atenció ha rebut per part dels investigadors. Aquesta alteració del llenguatge va ser descrita fa gairebé 200 anys, no té cap causa coneguda i evidenciable i té uns efectes notables i, de vegades, demolidors sobre l'aprenentatge i el desenvolupament de l'autoconcepte del nen que l'experimenta. El neuroanatomista alemany Franz Gall ja el va descriure l'any 1822<sup>9</sup>, i es va centrar en l'absència de relació d'aquesta alteració amb la discapacitat intel·lectual, les dificultats motores («com creuen els ignorants») o amb la «vagància» a l'hora de parlar.

<sup>(9)</sup>Veure Leonard, 1998.

Als anys 60 del segle passat, aquesta alteració del llenguatge es va començar a anomenar *disfàsia evolutiva*, amb el significat tecnològic i logopèdic centreeuropeu (majoritàriament francès) i com a trastorn evolutiu persistent. Aquest significat és diferent del significat anglosaxó, que considera que la disfàsia és una alteració secundària a un dany cerebral. A Espanya es va adoptar el primer d'aquests dos significats.

L'any 1981 es va encunyar l'expressió actual, *trastorn específic del llenguatge*<sup>10</sup>. La seva forma anglesa, *impairment* (limitació de força, quantitat, qualitat o valor d'una cosa o conducta, que contrasta amb *delay*, retard, i amb *disorder*, trastorn), tenia un caràcter neutre que no feia referència a cap origen, sinó només a la limitació observada. En espanyol s'ha traduït per *trastorno* i, per tant, aquest caràcter neutre no ha estat recollit.

<sup>(10)</sup>Leonard, 1998

Durant tot aquest temps, els pares s'han associat per recolzar-se i fer visible el TEL a la societat i a les escoles. Aquestes associacions fins i tot contribueixen a la formació dels professors dels seus fills i organitzen jornades i cursos especialitzats assequibles a tots els interessats.

Per la seva banda, els investigadors han anat afinant els criteris, han descrit millor les característiques lingüístiques i conductuals d'aquests nens, han intentat explicar aquest trastorn «sense causa» aparent des del punt de vista de la psicologia del llenguatge, la neurobiologia i la genètica, i han discutit molt sobre l'heterogeneïtat, els límits i el caràcter específic del TEL. Tot aquest esforç científic ha derivat en una sèrie de conseqüències rellevants:

a) S'han flexibilitzat els criteris lingüístics: s'ha passat d'un criteri de -1,25 desviacions en un test de llenguatge (que suposava que, si el llenguatge es distribuïa normalment, el 10,56% dels nens mostraven un TEL) a un altre criteri de -2 desviacions (2,28% de nens amb TEL), fins arribar a estudis actuals que seleccionen mostres només amb -1 desviació (el 15,98% dels nens tindrien un TEL). Recentment, a Espanya s'han proposat -1,5 desviacions en almenys una

de les tres principals escales del CELF-4. Aquest criteri implica que un 6,68% dels nens mostren un TEL. Com es pot comprovar, la decisió d'utilitzar un criteri o un altre té conseqüències (fins i tot econòmiques) importants en els serveis que cal proporcionar a aquests nens. En tot cas, avui dia, la flexibilitat a l'hora d'adoptar aquest criteri està determinada precisament per les ajudes que necessita un nen.

b) El nivell d'intel·ligència no verbal d'aquests nens varia i, en concret, es desenvolupa a un ritme menor que el dels nens sense dificultats de llenguatge, fet pel qual el seu CI va disminuint. Davant d'això, durant els últims 20 anys s'ha plantejat la necessitat de flexibilitzar també aquest criteri (CI no verbal en el rang mitjà). Actualment hi ha estudis amb adults joves amb TEL que han establert aquest criteri en un CI no verbal de 70. Però cal preguntar-se si aquest criteri hauria d'adoptar-se en el cas de nens. Es poden considerar específiques les dificultats de llenguatge d'un nen amb un CI no verbal de 70? El criteri original (CI no verbal dins del rang mitjà) va ser precisament el que va motivar que la mateixa Associació Americana de Parla, Llenguatge i Audició (ASHA, segons les seves sigles angleses) proposés l'exclusió del TEL dels trastorns del neurodesenvolupament del DSM-5 (en l'actualització de maig del 2012, aquesta publicació sí que el contemplava). L'exclusió es va proposar perquè la inclusió del trastorn deixava en una espècie de limbs diagnòstics un gran nombre de nens que mostraven un desenvolupament límit de la intel·ligència i tenien dificultats de llenguatge. No obstant això, també en aquests límits es pot preguntar per l'especificitat de les dificultats de llenguatge en nens que mostren un CI no verbal de 75, enfront d'aquells que tenen, per exemple, un CI no verbal de 69, així com per la relació entre el TEL i la discapacitat intel·lectual.

c) Semblava, doncs, que els límits del TEL, lluny de precisar-se, s'anaven difuminant. Per això, un grup d'investigadors ha emprès recentment la tasca d'aclarir aquests criteris i dibuixar els límits d'aquest trastorn. Ho han fet per consens<sup>11</sup>, i han dividit les 27 declaracions resultants en 3 grups: inici tardà del llenguatge (senyals abans dels tres anys), avaluació del llenguatge i la comunicació, i identificació d'altres factors associats. Doncs bé, a la seva declaració 23, els autors reconeixen que la relació de les dificultats de llenguatge amb el CI no verbal és la més controvertida, i proposen que, quan un nen mostra una limitació significativa de llenguatge en el context d'un funcionament no verbal marcadament pobre i/o de significatives limitacions de la seva conducta adaptativa, el primer diagnòstic hauria de ser el de discapacitat intel·lectual, amb el trastorn de llenguatge com a diagnòstic secundari. Es proposa, doncs, que el límit del TEL en l'àmbit intel·lectual i adaptatiu el marquen un CI no verbal de 70 o menor i/o unes habilitats adaptatives deficientes<sup>12</sup>.

d) Amb la publicació del DSM-5, on s'havia eliminat el TEL i s'agrupaven totes les dificultats de llenguatge sota el nom de trastorns de llenguatge F80.2<sup>13</sup>, alguns autors van propugnar que aquesta denominació era la que convenia a

<sup>(11)</sup>Bishop, Snowling, Thompson, Greenhalgh i el consorci CATALISE, 2016

<sup>(12)</sup>Vegeu l'especificació d'aquestes habilitats en el DSM-IV-TR o DSM-5

<sup>(13)</sup>Un detall significatiu que es perd en la traducció és que es va canviar *impairment per disorder*

allò que abans s'anomenava TEL. Va haver-hi un encreuament de reflexions a favor i en contra, fins que, a finals del 2017, també es va consensuar, amb un recolzament del 78%<sup>14</sup>, que el nom que s'hauria d'utilitzar seria el de trastorn evolutiu del llenguatge (*developmental language disorder*), que, com ja s'ha assenyalat abans, no fa sinó mantenir i augmentar la confusió en la identificació d'aquestes dificultats de llenguatge no associades a altres condicions patològiques. Per això, la combinació dels dos atributs, *específic* i *evolutiu*, és l'elecció actual de molts autors.

(14) Bishop i altres, 2017

## 2.1. Diagnòstic i avaluació, criteris i objectius: aclariment necessari

Arribats a aquest punt i després de l'ús freqüent, en el text anterior, de termes que poden resultar equívocs i poden derivar en decisions errònies, sembla necessari fer alguns aclariments.

El **diagnòstic** és una acció que permet adscriure el nen a un grup que comparteix una sèrie de dificultats de llenguatge, identificables i mesurables, i que el diferencia raonablement d'altres grups de nens.

El diagnòstic implica, per tant, criteris, puntuacions en proves estandaritzades, que fan de «fronteres» per a aquesta pretesa diferenciació. Per tant, cal entendre els comentaris sobre els tests que s'han fet anteriorment en aquest sentit.

Nogensmenys, cal tenir en compte que de les puntuacions obtingudes en els tests estandaritzats no se'n poden derivar **objectius**. Hi ha dues raons fonamentals per a aquesta asseveració. D'una banda, el llenguatge va més enllà d'allò que mesuren els tests, que són resums molt breus de la realitat mesurada i només són adequats en funció d'algunes propietats estadístiques, especialment de la validesa i la fiabilitat. D'altra banda, els tests daten les adquisicions lingüístiques més tard del que en realitat es produeixen; així, un test de comprensió gramatical pot mostrar, per exemple, que un nen respon incorrectament a un ítem sobre les oracions negatives, i, tanmateix, qualsevol persona que convisqui amb ell sap que aquest nen no té dificultats per comprendre les oracions negatives. La raó és que els estímuls gràfics (o d'un altre tipus) que utilitza el test per mesurar aquesta comprensió són una realitat diferent a la que es planteja en la vida ordinària, amb més o menys claus no lingüístiques que faciliten la comunicació.

Per tant, els tests estandarditzats són imprescindibles per al diagnòstic, i ens poden donar informació sobre els processos psicolingüístics deficitaris responsables de determinades conductes lingüístiques. Tanmateix, cal conèixer molt bé el funcionament d'aquests processos. Desafortunadament, establir objectius d'intervenció a partir d'aquestes puntuacions és un error molt comú.

Per aconseguir establir aquests objectius cal dur a terme una **avaluació** (no confondre amb diagnòstic) del llenguatge basada en el llenguatge espontani, en situacions quotidianes interactives a les que es pugui afegir tasques suscidades, com ara la narració, la producció lingüística a partir d'imatges seleccionades per provocar l'aparició d'una mena de parla i de llenguatge, etc. De fet, també hi ha tests que utilitzen aquesta manera d'activar el llenguatge. I és a partir dels resultats obtinguts en aquesta avaluació, convenientment contrastats amb seqüències de desenvolupament típic, que es poden establir objectius concrets per a una intervenció ben dirigida i que pretén ser eficaç.

### 3. Classificacions de trastorn específic/evolutiu del llenguatge

L'heterogeneïtat del TEL, constatada des de la seva inauguració i que, recentment, ha augmentat a causa de la indefinició adoptada per a la seva identificació, va obligar des del principi a distingir entre diferents formes de manifestar-se en la conducta lingüística. Així, quan encara se l'anomenava disfàsia, Behares i Elizaincín<sup>15</sup> van proposar una classificació basada en les tres articulacions del llenguatge:

(15)1981, a Aguado, 1999

- de trets fonètics a fonemes (3<sup>a</sup> articulació);
- de fonemes a paraules (2<sup>a</sup> articulació); i
- de paraules a sintagmes (1<sup>a</sup> articulació).

Des d'una òptica més científica i a partir dels resultats en l'escala NEPSY, Korkman i Häkkinen-Rihu<sup>16</sup> van plantejar una altra classificació de quatre formes clíniques del TEL:

(16)1994, a Aguado, 1999

- global;
- específic dispràxic;
- específic de comprensió; i
- específic disnòmic.

Llavors ja s'havia començat a utilitzar la classificació de Rapin i Allen<sup>17</sup> que, en un principi, no havia estat pensada per donar compte de l'heterogeneïtat del TEL, sinó per ajudar en el diagnòstic dels nens que ambdues autores veien a l'hospital Albert Einstein del Bronx, simplement observant el seu llenguatge. De fet, l'any 1996, la pròpia Rapin va utilitzar les sis formes alteració del llenguatge d'aquesta classificació per identificar el llenguatge dels nens amb autisme<sup>18</sup>, atès que no considerava aquesta classificació com a exclusiva del TEL. És la classificació més emprada, i divideix les dificultats del llenguatge en tres grups:

(17)Aguado, 1999; Chevrie-Muller i Narbona, 2007; Rapin, 1996

(18)Chevrie-Muller i Narbona, cap. 25

- trastorns de l'expressió (trastorns de la programació fonològica i dispràxia verbal);
- trastorns mixts del llenguatge receptiu-expressiu (fonològic-sintàctic i agnòsia auditiva verbal); i
- trastorns del procés central de tractament i de la formulació (lèxic-sintàctic i semàntic-pragmàtic).

A partir d'una mostra clínica, Crespo-Eguílaz i Narbona (2006) van trobar que es diferenciaven unes formes d'alteració del llenguatge similars a les de Rapin i Allen; no obstant això, en aquesta classificació no apareixia la dispràxia verbal, i els trastorns de la dimensió pragmàtica presentaven dues formes: una exclusivament pragmàtica i l'altra amb dèficits semàntics associats.

Tanmateix, resultava poc acceptable incloure sota la mateixa expressió trastorns tan diferents com l'agnòsia auditiva verbal (alguns dels nens que la pateixen no arriben a parlar) i el trastorn semàntic-pragmàtic (parla logorreica, fins i tot una mica pedant), o aquest últim i el trastorn de programació fonològica (estructuració oracional normal, comprensió no afectada). L'any 1997, Bishop ja es plantejava si el trastorn semàntic-pragmàtic era un trastorn independent, que no es podia incloure en el TEL. D'altra banda, el trastorn de la programació fonològica, en el qual l'alteració es circumscriu a la parla, no era equiparable a un trastorn amb implicació del llenguatge. En resum, semblava necessària una solució al problema plantejat per l'heterogeneïtat inherent a aquest trastorn. Una solució poc útil va ser la que va adoptar el DSM-5: ampliar l'extensió del camp semàntic i emprar una denominació més general. Una altra solució consistia a utilitzar un atribut intermedi i general: «evolutiu»<sup>19</sup>.

(19) Bishop et al., 2017

Una altra solució era reduir l'extensió de l'expressió TEL, mentre que les formes clíniques excloses (trastorn de la programació fonològica, agnòsia auditiva verbal, dispràxia verbal i trastorn semàntic-pragmàtic) es mantenien com a trastorns diferenciats. Aquesta va ser la solució adoptada per l'Associació Espanyola de Logopèdia, Foniatria i Audiologia (AELFA) l'any 2015<sup>20</sup>: els trastorns **lèxic-sintàctic** i el **fonològic-sintàctic** es van considerar com les úniques formes en què es podia manifestar un TEL. La base conceptual d'aquesta restricció va ser que les dimensions formals (fonologia i morfosintaxi) representen les regles constitutives del llenguatge, són el llenguatge, sense relació amb el context social (pragmàtica) ni amb les coses, les seves relacions amb el món i les representacions cognitives que se'n forma l'usuari del llenguatge (semàntica). En referència al trastorn lèxic-sintàctic –que inclou l'activació de paraules (no confondre amb la semàntica), l'automatisme, la rapidesa i el fet que el parlant no faci cap esforç conscient per activar i dir moltes de les paraules que componen l'enunciat–, aquesta activitat és similar a la formació de la plantilla fonològica, l'assemblatge dels sons i la selecció de la «cotilla» sintàctica, que s'alteren en el trastorn fonològic-sintàctic.

(20) Aguado i altres, 2015

Els altres trastorns de la classificació de Rapin i Allen es van considerar formes diferenciades d'alteració del llenguatge. Algunes d'aquestes formes estan presents en altres classificacions, com ara el trastorn de programació fonològica (trastorn fonològic en el DSM-5 i trastorn específic de l'articulació del parla en la CIE-10).



## 4. Manifestacions lingüístiques en el TEL

A partir d'allò que hem comentat respecte dels límits difusos i canviants del TEL i de la seva heterogeneïtat determinada per la definició per exclusió, que, al seu torn, resulta ineludible pel seu caràcter específic (no associat a una condició patològica), no sembla possible identificar unes conductes lingüístiques aplicables a tots els nens que experimenten aquesta dificultat específica.

D'altra banda, pràcticament tots els nens que manifesten un TEL han experimentat un retard en l'adquisició del llenguatge. Això s'ha anomenat inici tardà del llenguatge (IT), i s'ha definit com un volum de vocabulari de menys de 50 paraules intel·ligibles per a la família o una absència d'enunciats de dues paraules als 24 mesos.<sup>21</sup> En les nombroses recerques sobre aquest fenomen s'ha constatat que aproximadament el 40% dels nens amb IT mostrarà un trastorn persistent del llenguatge a partir dels 4 anys. Als 5 o 6 anys caldrà confirmar aquest trastorn.

Llavors, les manifestacions lingüístiques dels nens amb TEL comencen sent un retard. Això no és cap característica exclusiva del TEL, ja que no sembla que hi hagi cap altra manifestació inicial de qualsevol trastorn evolutiu. Aquest retard es produeix primer en el vocabulari, fet que també és comú a la resta de trastorns. Això és degut al fet que el material lingüístic dels nens durant, almenys, la primera meitat del segon any són les paraules de classe oberta, especialment els noms de les coses i de les persones del seu context. Aquest vocabulari reduït és el que defineix l'IT.

En una mica menys de la meitat dels nens amb IT, aquest escàs volum lèxic provoca que la quantitat de paraules que el nen aprèn sigui inferior a la quantitat esperada, en funció del temps transcorregut. Això és degut al que s'anomena **l'efecte de Sant Mateu**: un nen amb menys vocabulari, precisament perquè produeix menys paraules en les seves interaccions, farà que els interlocutors produeixin menys paraules en les seves respostes i, per tant, les oportunitats d'aprendre paraules noves que tindrà el nen es veuran reduïdes. Les paraules gramaticals (preposicions, determinants, etc.) són especialment vulnerables degut al seu caràcter àton, al fet de tenir menys «substància» fonètica, i a la seva rellevància perceptiva menor. I el dèficit d'aquest tipus de paraules és el que provoca alteracions sintàctiques. Aquesta és l'explicació que va donar Leonard a partir de la seva hipòtesi superficial, i també ha estat comprovada en espanyol<sup>22</sup>.

I precisament aquesta mateixa explicació és la que dona compte de les diferents manifestacions lingüístiques dels nens amb TEL en funció de la llengua que parlin. Així, en la literatura anglosaxona es posa de manifest que una

<sup>(21)</sup>A Desmarais, Sylvestre, Meyer, Bairati i Rouleau, 2010, es poden trobar referències i resultats d'una bona part dels estudis sobre l'IT, així com criteris de risc de persistència.

<sup>(22)</sup>Vegeu-ho a Aguado, 1999

<sup>(23)</sup>Leonard, 2001

característica nuclear dels nens amb TEL és la dificultat morfosintàctica; els escassos morfemes verbals i nominals que té l'anglès no s'accentuen en cap cas, per la qual cosa els nens angloparlants amb TEL mostren més dificultats morfològiques que els nens hispanoparlants amb TEL, atès que els morfemes verbals i nominals de l'espanyol poden portar accent. I el mateix ocorre amb llengües com el turc, l'hebreu, el japonès, el grec, i l'italià<sup>23</sup>. Així doncs, en espanyol, les dificultats morfològiques no serien nuclears en el TEL, mentre que les sintàctiques sí que es registren en els nens hispanoparlants amb TEL.

Llavors, tenint en compte les dues formes clíniques que actualment es consideren TEL, els trastorns fonològic-sintàctic i lèxic-sintàctic, cal preguntar-se si ambdues formes comparteixen característiques lingüístiques que, a més, les diferencien d'altres trastorns evolutius. La resposta és negativa però necessita matisos.

Les **manifestacions fonològiques** del trastorn fonològic-sintàctic són les mateixes que les que s'observen en el trastorn de la parla: presència de trastorn d'articulació (dislàlia) i de processos fonològics amb diversos graus de gravetat, des dels processos de simplificació evolutiva (substitucions seguint regles –per exemple, /p/ per /f/ o /k/ per /x/–, omissions i reduccions de la complexitat sil·làbica, assimilacions i metàtesis), fins al trastorn inconsistent, en el qual aquestes alteracions de la seqüenciació fonològica no segueixen regles i la seva manifestació definitiva és la variació.

En aquesta dimensió del llenguatge s'han trobat resultats similars quant a la repetició de pseudoparaulas en nens amb TEA-TL. Però, si s'analitzen més detalladament els resultats, es troben diferències significatives: la longitud de les pseudoparaulas és determinant en els nens amb TEL, al contrari del que ocorre en els nens amb TEA-TL. A més, les dificultats fonològiques tendeixen a remetre amb el temps en la majoria de nens amb TEA-TL, mentre que són persistents en els nens amb TEL<sup>24</sup>.

<sup>(24)</sup>Williams, Botting i Boucher, 2008

En relació amb les **manifestacions morfològiques**<sup>25</sup> i per completar els comentaris anteriors sobre les variacions translingüístiques, els nens hispanoparlants amb TEL fonològic-sintàctic produeixen correctament un alt percentatge de morfemes verbals –des del 50 al 75%, en funció de la persona–, nombre i temps de la forma que es tracti. Aquesta producció és molt millor en formes freqüents (present d'indicatiu o perfet d'indicatiu) i pitjor en formes menys freqüents (per exemple, el perfet simple). En general, es poden identificar certes tendències: la 3<sup>a</sup> persona substitueix la 1<sup>a</sup> persona del singular dins del mateix temps verbal; les formes singulars substitueixen les plurals (potser per les pròpies dificultats fonològiques que deriven en la reducció de la síl·laba CVC a CV); més nombre de formes passades substituïdes per formes presents;

<sup>(25)</sup>Dades extretes d'Aguado, 1999

les substitucions són només d'un tret (temps, persona o nombre); ocupació de formes impersonals (per exemple, a + infinitiu) per formes personals que exigeixen més especificació morfològica.

En la morfologia nominal s'observen l'omissió de la marca de plural (també per la simplificació fonològica de les síl·labes complexes CVC) i errors en la concordança de nom i adjectiu. No obstant això, el percentatge de marques morfològiques correctes supera el 70%.

Quant a la **sintaxi**, els nens hispanoparlants amb TEL fonològic-sintàctic tendeixen a ometre paraules gramaticals (articles, pronoms personals àtons amb funció de complement, preposicions, etc.). Això, com ja s'ha assenyalat abans, és degut a raons superficials (l'escassa rellevància perceptiva d'aquestes formes), i no cal recórrer a explicacions basades en dèficits d'un suposat mòdul sintàctic apriorístic (principis de la teoria de principis i paràmetres, relacions de dependència sintàctica, etc.). Aquesta dificultat sintàctica també es manifesta en la diferència entre oracions simples i complexes: un 90% d'oracions simples en els nens amb TEL de 4 a 5 anys i mig, enfront d'un 25% en els nens amb desenvolupament típic; menys del 5% d'oracions complexes, enfront del 40% d'oracions complexes en els nens amb desenvolupament típic.

Aquests resultats globals també es troben en els nens amb TEA-TL en l'etapa d'educació infantil, però, una vegada més, es constaten diferències quan s'analitzen les respostes concretes dels nens. En la tasca de repetició d'oracions, els nens amb TEA-TL produeixen menys errors sintàctics, però respecten molt menys el significat de l'oració que han de repetir. En canvi, el cas dels nens amb TEL mostra el contrari: aquests nens produeixen més errors sintàctics, però intenten reproduir el significat correcte de l'oració<sup>26</sup>.

(26) Williams i altres, 2008

Tanmateix, en els nens amb TEL lèxic-sintàctic, les dificultats sintàctiques tenen un origen i un aspecte diferent. La dificultat nuclear d'aquests nens és la recuperació de paraules del lèxic mental; l'activació de les peces lèxiques necessàries per construir i produir enunciats. Això explica el dèficit lèxic d'aquests nens, segons els descobriments de Korkman i Häkkinen-Rihu<sup>27</sup> en el grup que van identificar com a trastorn específic disnòmic. De vegades, aquesta dificultat deriva en una pseudoquequesa quan el nen intenta «portar» les paraules des del lèxic mental a l'enunciat, que, com ja s'ha assenyalat, és un procés altament automatitzat.

(27) Aguado, 1999

El dèficit sintàctic en aquesta forma de TEL es deriva precisament del fet que la recuperació de paraules és una dificultat bàsica. En efecte, per construir una oració sintàcticament correcta cal utilitzar termes gramaticals –les anomenades paraules funció (com ara les preposicions)–, i aquests nens experimenten

les mateixes dificultats per activar-les que per recuperar paraules independents (com ara noms, verbs, adjectius o adverbis). Aquest origen diferent implica una intervenció que, lògicament, també és diferent.

Quant a la **comprensió**, gairebé sempre està afectada de manera secundària. D'una banda, això és conseqüència de l'escàs volum de vocabulari, que limita l'activació de paraules a partir de les que produeix el parlant. Aquesta limitació deriva en una quantitat menor d'inferències, i això dificulta l'accés a la informació que el parlant dona per coneguda i, per tant, no ofereix. Aquesta afectació de la comprensió sol augmentar amb l'edat, a mesura que les contribucions dels interlocutors i els textos que el nen ha de llegir exigeixen cada vegada més col·laboració de l'oient mitjançant les inferències. D'altra banda, la comprensió també està afectada com a conseqüència de la limitació general de processament del nen amb TEL. Així, variables com la longitud dels enunciats, la complexitat gramatical, l'ambigüitat semàntica, la contextualització i, fins i tot, la velocitat d'emissió, afecten significativament la comprensió. Algunes de les variables d'aquest segon grup, al contrari de les del primer, poden disminuir amb l'edat, a mesura que el nen amb TEL adquireix més pràctica en els aspectes formals del llenguatge.

## 5. Conclusions

El diagnòstic dels trastorns primaris del llenguatge (i del TEL com a paradigma d'aquests trastorns) plantegen dificultats especials. Aquestes dificultats es deriven sobretot de l'escassa precisió dels seus límits, que recentment han estat objecte de redefinicions i que, fins i tot, han motivat canvis de denominació.

La proposta actual pel TEL (dificultats significatives de llenguatge no associades a una altra patologia) planteja canviar l'atribut *específic* per l'atribut *evolutiu*. Tanmateix, aquest canvi no és ni millor ni més precís que la denominació que s'ha utilitzat fins ara, sinó que genera més confusió i implica una major heterogeneïtat de les formes incloses en el TEL. Podem afirmar el mateix de la classificació inclosa en el DSM-5. Des d'AELFA s'han proposat uns criteris i una reducció de l'extensió conceptual d'aquesta denominació (TEL) més d'acord amb les dades reals.

Les conductes lingüístiques que defineixen el TEL no són exclusives d'aquest trastorn, però les recerques dutes a terme, sobretot les dels anys 90 del segle passat, estan ben fonamentades en els descobriments dels processos cognitius implicats en el llenguatge i fan possible una identificació bastant precisa d'aquest trastorn i el plantejament inicial d'una intervenció amb un bon fonament científic.



## Bibliografia

**Aguado, G.** (2014). «Los trastornos del lenguaje oral». A: Andreu, L. (coord.). *El trastorno específico del lenguaje. Diagnóstico e intervención*. Barcelona: UOC.

**Aguado, G.** (1999). *Trastorno específico del lenguaje. Retraso de lenguaje y disfasia*. Archidona: Aljibe.

**Aguado, G.; Coloma, C. J.; Martínez, A. B.; Mendoza, E.; Montes, A.; Navarro, R.; Serra, M.** (2015). «Documento de consenso elaborado por el comité de expertos en TEL sobre el diagnóstico del trastorno». *Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología* (vol. 35, núm. 4, pàg. 147-149).

**American Psychiatric Association** (2009). *DSM-IV-TR: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado*. Barcelona: Elsevier-Masson.

**American Psychiatric Association** (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: DSM-5*. Buenos Aires: Médica Panamericana.

**Bishop, D. V. M.** (1997). *Uncommon understanding. Development and disorders of language comprehension in children*. Hove: Psychology Press.

**Bishop, D. V. M.; Snowling, M. J.; Thompson, P. A.; Greenhalgh, T.; CATALISE consortium** (2016). «CATALISE: A multinational and multidisciplinary Delphi consensus study. Identifying language impairments in children». *PLoS ONE* (vol. 11, núm. 7): e0158753.

**Bishop, D. V. M., Snowling, M. J., Thompson, P. A., Greenhalgh, T.; CATALISE-2 consortium** (2017). «Phase 2 of CATALISE: a multinational and multidisciplinary Delphi consensus study of problems of language development: Terminology». *Journal of Child Psychology and Psychiatry* (vol. 58, núm. 10, pàg. 1068-1080).

**Chevrie-Muller, C.; Narbona, J.** (2007). *Le langage de l'enfant: Aspects normaux et pathologiques* (3.<sup>a</sup> ed.). París: Elsevier-Masson.

**Crespo-Eguílaz, N.; Narbona, J.** (2006). «Subtipos de trastorno específico del desarrollo del lenguaje: perfiles clínicos en una muestra hispanohablante». *Revista de Neurología* (núm. 43, pàg. 193-200).

**Desmarais, C.; Sylvestre, A.; Meyer, F.; Bairati, I.; Rouleau, N.** (2010). «Three profiles of language abilities in toddlers with an expressive vocabulary delay: variations on a theme». *Journal of Speech, Language, and Hearing Research* (vol. 53, núm. 3, pàg. 699-709).

**Leonard, L. B.** (1998). *Children with specific language impairment*. Cambridge: MIT Press.

**Leonard, L. B.** (2001). «Specific language impairment across languages». A: D.V.M. Bishop, D. V. M.; Leonard, L. B (editors). *Speech and language impairments in children. Causes, characteristics, intervention, and outcomes*. Hove (RU): Psychology Press.

**Organización Mundial de la Salud** (1995). *Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud. Décima edición. Trastornos del desarrollo psicológico (F80-F89)*. Washington: OPS.

**Rapin, I.** (1996). «Practitioner review: Developmental language disorders: A clinical update». *Journal of Child Psychology and Psychiatry* (vol. 37, núm. 6, pàg. 643-655).

**Roth, I.; Rezaie, P.** (editors) (2011). *Researching the autism spectrum. Contemporary perspectives*. Cambridge: Cambridge University Press.

**Williams, D.; Botting, N.; Boucher, J.** (2008). «Language in autism and specific language impairment: where are the links?». *Psychological Bulletin* (núm. 134, pàg. 944-963).

