

Trastornos del lenguaje



A.M. Redondo Romero

Pediatra. Centro de Salud Cabo Huertas. Alicante

Resumen El lenguaje es una de las conductas primarias del ser humano y va a ser la base de una buena comunicación. El lenguaje facilita poder expresar y recibir ideas, llegando a convertirse en la mejor vía para “aprender a aprender”. Para poder adquirir y desarrollar el “lenguaje” y el “habla” con normalidad, va a ser necesario que las condiciones del niño sean óptimas desde el punto de vista neurológico, lingüístico y psicológico. En este artículo, tras recordar el desarrollo normal del lenguaje infantil y los signos de alarma que hay que tener presentes, se ofrecen algunas ideas para que el pediatra pueda explorar el lenguaje en la consulta. Se va a concretar cuál va a ser su papel ante una sospecha diagnóstica y se incluyen las orientaciones que, desde la consulta pediátrica, se pueden ofrecer a los padres en cada caso. Se profundizará en los distintos problemas que se pueden tener en la infancia relacionados con el lenguaje, analizando los trastornos del habla, de la voz, del lenguaje oral y del escrito. A modo de conclusión, se orienta sobre las características del habla “baby talk” y del “lenguaje modulado” y se da un repaso por los síntomas que se pueden encontrar como sospecha de un trastorno del lenguaje

Palabras clave Voz; Habla; Lenguaje oral; Lenguaje escrito.

Abstract SPEECH DISORDERS
Language is one of the primary behaviours of human beings and will be the basis of good communication. The language makes it easy to express and receive ideas, rising to become the best way to “learn to learn”. In order to acquire and develop the “language” and “talk” normally, it will be necessary that the conditions of the child are best in terms of neurological, psychological and language. In this article, recalling the normal development of children’s language and the signs of alarm that we must keep in mind are some ideas to the pediatrician can explore the language in the consultation. Is going to realize that their role is going to be faced with a diagnostic suspicion and include the guidance from the pediatric consultation, can be offered to parents in each case. Further advance the various issues that may have on children-related language, analyzing the speech disorders of the voice, oral language and writing. In conclusion, is oriented on the pattern of speaking “baby talk” and “modulated language” and provides an overview of the symptoms that can be found as suspicion of a disorder of language. Language is one of the primitive patterns of behaviour of the human being, which will become the basis of any communication. From a neurological, linguistic and psychological point of view the child must be in optimum conditions to be able to acquire and develop both language and speech with normality. This article begins by remembering the characteristics of the normal development of infantile language throughout the different stages of his development. In this perspective some ideas will be offered so that the paediatrician can explore the language. His role regarding any diagnostic suspicion will be defined as well as some guidance, which, from the paediatric surgery, parents can be provided with in every specific case. The problems that arise when the child takes a long time to start speaking will be known, when he stops speaking or speaks wrongly, or when he shows some other disorders. Next voice, speech, verbal and written language disorders will be analysed. In the conclusions there’s a brief summary about different signs of alarm that might arise, as well as the interventions of other specialists that can be necessary.

Key words Voice; Speech; Oral language; Written language.

Pediatr Integral 2008;XII(9):859-872

INTRODUCCIÓN

En la era de la comunicación, por excelencia, vale la pena hacer un análisis detallado del lenguaje humano, base de toda comunicación, para conocer sus tras-

tornos y el enfoque terapéutico que se puede recomendar en cada caso.

El lenguaje, para la Real Academia Española de la Lengua, es el conjunto de sonidos articulados con que el ser humano

manifiesta lo que piensa o siente, o sea, que va a ser una manera de poder expresarse; va a ser una de sus conductas primarias y será el mejor vínculo para “aprender a aprender”. Gracias al lenguaje las

personas podrán expresar y recibir ideas, conceptos o estados afectivos, permitiendo la comunicación con su entorno; el lenguaje va a ser también, por tanto, un instrumento para pensar, y se piensa con palabras. Quien no tiene lenguaje no aprende, y quien posee un lenguaje pobre, aprende con dificultades. De hecho, una parte del fracaso escolar es un fracaso en el uso y el dominio del lenguaje oral y escrito.

Madres y padres se preocupan por numerosas cosas relacionadas con la salud de su hijo, y entre ellas está el desarrollo del lenguaje de éste. De hecho, en no pocas ocasiones, son ellos los que pueden llegar a detectar algún problema al compararlo con otros hijos o familiares, y al darse cuenta de que la evolución del habla no es la esperada... ¿cuándo tiene que empezar a hablar?... Pronuncia mal esta o aquella letra... En muchas ocasiones, la detección familiar suele ser tardía; de ahí, la necesidad de ampliar la formación pediátrica para conocer de forma precoz las posibles alteraciones del habla infantil de forma precoz.

Hay muchos aspectos que han de tenerse presentes en la consulta a la hora de analizar algún problema, en su orientación diagnóstica y en el enfoque terapéutico; dedicar una parte de la exploración a la valoración y *screening* de los posibles trastornos y retrasos del lenguaje y conocer los principales hitos del desarrollo del lenguaje y la comunicación infantil, van a ser imprescindibles para poder responder a las inquietudes de la familia, para iniciar un proceso de exploración complementaria y de tratamiento si fuera necesario.

La colaboración de otros profesionales (logopeda, psicopedagogo, ORL,...) en la orientación de estos problemas va a facilitar que el desarrollo del lenguaje sea óptimo, con la gran repercusión que puede tener en la calidad de vida de los niños y adultos.

DESARROLLO NORMAL DEL LENGUAJE

El desarrollo del lenguaje está relacionado con la maduración de los sistemas neurosensorial y motor, así como con el desarrollo cognitivo, afectivo y social, siendo imprescindible que no exista lesión en ninguno de los órganos fonarticulatorios.

Se va a manifestar a través del habla (como acto individual) y se desarrollará con la lengua, instrumento de expresión de una comunidad lingüística. Todo ello implica aprender a combinar fonemas, palabras y oraciones comprensibles para los demás, además de conocer y compartir los significados elaborados socioculturalmente por una determinada comunidad lingüística.

Lo primero es precisar el límite entre lo "normal" y lo "patológico" en materia de lenguaje. Consideramos "normal" el empleo apropiado de palabras según su **significado, cantidad y calidad** de vocabulario, suficiente y preciso; **claridad** en la articulación; formas gramaticales adecuadas; **ritmo y velocidad** apropiados; y en lo referente a la voz, la **audibilidad** (volumen apropiado), **calidad** agradable, **tono** apropiado a la edad y sexo, y entonación en la frase en concordancia con su significado y necesidades expresivas. El "patológico" incluirá todos los rasgos que se opongan o salgan de ese concepto; por ello, hay que recordar qué hitos son esperables a cada edad o etapa de maduración.

Empezando por la **ETAPA PRELINGÜÍSTICA**, entre el nacimiento y las 4-6 semanas de vida se presentan unos precursores prelingüísticos, como la emisión de gritos, sonidos vegetativos (bostezos, arrullos, suspiros, "ajo"...), a la vez que se observa cierta capacidad para determinar un entorno afectivo y como se modifica la succión al cambio de sonido.

Hasta las 12 semanas, se sobresaleta ante ruidos fuertes cuando está despierto, llegando incluso a despertarse si está dormido; ante estos ruidos reacciona con un reflejo de parpadeo o mayor apertura de los ojos.

Cuando tiene 3-4 meses, se tranquiliza con la voz de la madre, deja de jugar al escuchar nuevos sonidos y busca la fuente de sonidos nuevos que no están a la vista. Los gritos y el llanto empiezan a ser diferentes según la razón que los determine.

Entre las 6 semanas y los 5 meses, inician un juego auditivo-verbal, en forma de gorjeo o balbuceo no imitativo, y presenta ciertas entonaciones correspondientes a distintos deseos.

La etapa clave del desarrollo lingüístico estará entre los 5 y 10 meses.

Entre los 5-6 y 10-12 meses, el balbuceo ya es imitativo, con emisiones fonéticas bi o polisilábicas, como un inicio de preconversación. Sobre los 6 meses incluye emisiones tonales ascendentes (secuencias afirmativas) y descendentes (llamadas de atención). Luego utiliza dos o más gestos asociados a conceptos verbales ("se acabó", "más"...). Hacia el octavo mes, puede reconocer a los adultos familiares y se asusta ante la presencia de extraños.

Con la **ETAPA LINGÜÍSTICA**, se inicia la asignación de nombres (10-18 meses), empleando monosílabos reduplicados con valor referencial ("mamá", "papá"). Entre los 12-15 meses, dice sus primeras palabras (con su función de expresar, designar y ordenar), pudiendo a los 18 meses llegar a pronunciar 20-25 palabras y a utilizar la palabra-frase.

Entre los 18-24 meses, ya conoce las partes del cuerpo, manipula objetos y el 50% de su habla ya es inteligible para los extraños.

Sobre los dos años, la mayoría de los niños comprenden una veintena de palabras diferentes y pueden producir alrededor de una decena. Su expresión aún no forma frases, sino que una sola palabra basta para pedir, señalar, calificar, expresar posesión o presencia o ausencia del objeto. A los dos años y medio, el niño pide las cosas utilizando, tanto la palabra como el gesto. Se inicia el uso de la negación.

Entre los 18-36 meses, es posible combinar las palabras, haciendo frases de tres elementos (24-30 m) o de cuatro (30-36 m); de usar el pronombre "yo" (que implica conciencia de identidad y autonomía) y de repetir dos números consecutivos. Ya comprende "mi", "mío", "tú", responde a preguntas simples, y es capaz de señalar imágenes de palabras sueltas (18 m) y de frases (24-30 m).

A los 36 meses, se utiliza "suyo", "mío", siendo capaz de repetir tres números. Tiene un vocabulario expresivo de unas 500 palabras y construye oraciones de 4 a 5 palabras; comprende algunos verbos y el 80% del habla es inteligible para extraños. Es habitual encontrar múltiples errores de pronunciación que no deben ser entendidos como retraso o alteración, sino como evolutivos.

TABLA I.
Signos de alarma

Entre los 3 y 5-6 años se tiene un buen nivel de comprensión (comprende cuentos e historias) y obedece órdenes cada vez más complejas. Es la edad caracterizada por las preguntas (4 años) y designación de colores (4 años). Cada vez se enriquece más el vocabulario y define palabras sencillas. A partir de los 6 años, se perfeccionan errores fonéticos que pudieran persistir y el lenguaje es cada vez más maduro.

SIGNOS DE ALARMA EN EL LENGUAJE

Los signos de alarma, por edades, deben llamar la atención del pediatra.

Es muy importante conocer aquellos signos de alarma, por edades, que pueden llamar la atención del pediatra en cada una de las visitas. Sólo se encuentra aquello que se busca (Tabla I).

VALORACIÓN DE LA FUNCIONALIDAD DE LAS PRAXIAS OROFACIALES

"Praxia" es la capacidad de realizar un acto motor que se ha aprendido antes.

Además de haber aprendido las praxias, es de gran importancia que el niño tenga desarrolladas sus funciones neonatales de percepción, succión, deglución, preservación de las vías respiratorias, así como las postnatales de masticación, expresión facial y deglución madura para conseguir el habla. De ahí, la importancia de ir variando la textura en la alimentación.

Es conveniente conocer las praxias, por edades del niño, que por su "desarrollo evolutivo normal" es capaz de hacer a partir de imitación y de órdenes verbales:

- 2 años: sacar la lengua.
 - Abrir la boca.
 - Hacer la mímica de la risa y soplar.
- 3 años: cerrar los ojos.
 - Llevar la lengua hacia arriba y a las comisuras de los labios.
 - Tener una deglución correcta, saber besar y hacer "morritos".
- 4 años: hacer una sonrisa con labios juntos y separados.

0-3 meses	- No respuesta refleja ante un sonido (parpadeo, agitación, quietud, despertar) - No le tranquiliza la voz de la madre - Emite sonidos monocordes
3-6 meses	- Ausencia de sonidos modulados (cantarse al sueño), o de respuestas a cualquier sonido - No se orienta hacia la voz de la madre - No emite sonidos guturales para llamar la atención - No hace sonar un sonajero si se le deja al alcance de la mano - No juega con sus vocalizaciones, repitiéndolas e imitando a las del adulto
6-9 meses	- Ausencia de monotonía en el balbuceo - No vocaliza para llamar la atención - No juega imitando gestos que acompañan a canciones infantiles ("los lobitos"...), o sonríe al reconocerlas - No dice adiós con la mano cuando se le indica
9-12 meses	- No reconoce cuando le nombran "mamá" y "papá" - No comprende palabras familiares - No entiende una negación - No responde a "dame", cuando se le hace un gesto indicativo
12-18 meses	- No dice "papá" y "mamá" con contenido semántico - No señala objetos ni personas familiares cuando se le nombran - No responde de forma diferente a distintos sonidos - No se entretiene emitiendo y escuchando determinados sonidos - No nombra algunos objetos familiares
18-24 meses	- No presta atención a los cuentos - No es capaz de comprender órdenes sencillas (señalar con el dedo, negar con la cabeza, decir adiós con la mano) si no se acompañan de gestos indicativos - No identifica las partes del cuerpo - No conoce su nombre - No hace frases de 1 palabra a los 18 meses y de 2 palabras a los 24 meses - No utilizar palabras significativas sencillas
3-3,5 años	- Que su habla no pueda ser entendida por personas fuera de su núcleo familiar - No repite frases - No contesta a preguntas sencillas
3,5-5 años	- Presencia de un período de falta de fluidez verbal, repiten sonidos, palabras, frases y hacen pausas prolongadas - Dificultad en interpretar y uso de términos espaciales (entre, detrás...) - Dificultad en el uso de artículos (un, una, el, la), pueden omitirlos (papá vuelve trabajar) - Dificultad en el uso de tiempos verbales, y dificultad para encontrar el nombre de la palabra adecuada (disonomía) - A los 4 años no sabe contar lo que le pasa y no es capaz de mantener una conversación sencilla - Hasta los 4 años pueden existir trastornos en la articulación de algunos fonemas (/s/z/r/) que tienen que estar corregidos a los 5 años - A los 5 años no conversa con otros niños
5-7 años	- Persistencia de un período de falta de fluidez verbal y con disnomias - Presencia de dificultades en la utilización de tiempos verbales ("el ido" por él ha ido) - Presencia de dificultades en la utilización de formas comparativas de los adjetivos, pueden confundir el comparativo con el superlativo - Presencia de dificultades en la utilización de reglas de pasivos ("el tren fue golpeado por el coche" se transforma en "el tren golpeó al coche") y en el uso de las conjunciones (si, cuando, antes, después)

TABLA II.
Motivos más frecuentes de consulta

<i>El niño que tarda en hablar</i>	<i>El niño que deja de hablar</i>	<i>El niño que habla mal</i>	<i>Otros trastornos</i>
Retraso simple del lenguaje	Afasia	Tartamudez	Lenguaje escrito (dislexia, disortografía, disgrafía)
Trastorno específico del lenguaje (TEL) o disfasia	Mutismo selectivo	Disartria	Trastorno semántico-pragmático (en TA, hidrocefalia y S. de Asperger y Willians)
Trastorno autístico (TA)	Regresión autística	Trastorno específico del desarrollo de la articulación (dislalias, disglosia)	
Retraso mental	Enfermedades degenerativas (regresión motora y/o cognitiva)	Trastornos de la prosodia (entonación y ritmo del habla)	
Hipoacusia	Algunos síndromes (Rett)	Problemas de voz (disfonías, rinofonías...)	
Gemelaridad			
Bi-Trilingüismo			
Hijo de padres sordomudos			
Deprivación social			

TABLA III.
Cómo detectar problemas de audición

<i>0-6 meses</i>	<i>6 meses</i>	<i>10 meses</i>	<i>12 meses</i>	<i>15 meses</i>
No pestañea, ni cambia de actividad ante ruidos fuertes y repentinos	No gira mirada ante un sonido	No remite respuesta a su nombre	No responde a sonidos de casa	No imita sonidos ni palabras muy simples
No responde al voz materna			No a la voz levantando cabeza o girándola a mirar al interlocutor	

A partir de 15 meses

- Tras iniciada etapa del habla, a menudo dice ¿qué? cuando se le habla
- Responde incoherentemente a un sonido, a veces escucha y a veces no
- Antecedentes de historia de otalgia u otitis
- Antecedentes familiares de problemas auditivos
- El niño observa intensamente el rostro del interlocutor
- Prefieren sonidos graves a los de tonos agudos
- Hablan con voz suave o fuerte
- Suben volumen TV

- Saber inflar mejillas y enseñar dientes.
- Puede poner la lengua sobre los dientes y su punta sobre los incisivos superiores.

- Distender labios sin y con contacto.
- Vibración de labios y morder labio inferior. Hace la mímica del llanto. Imitar esquemas vocálicos (a-o-u) en forma aislada.

- 5 años: se muerde el labio superior. Imita mímica de la sorpresa.
 - Sabe suspirar y escupir.
 - Hacer chasquido de la lengua.
 - Guiña un ojo.
 - Imita la tos.
 - Secuencia en la articulación de "ao-eui" .
 - Vibración de labios.
- 6 años: elevar las cejas.
 - Sabe abrir boca y cerrar ojos.
 - Expresión de enojo, arrugando la frente.
 - Vibración de la lengua.
 - Distender comisura derecha e izquierda.
 - Llevar los labios hacia una comisura y otra.

¿CÓMO EXPLORAR EL LENGUAJE EN LA CONSULTA?

Se debería dedicar una parte de la exploración a la valoración del lenguaje infantil.

Para valorar el lenguaje oral hay que explorar el lenguaje conversacional, el narrativo (se muestra un dibujo que debe explicar qué ocurre), las repeticiones; saber cómo denomina los objetos y estudiar el lenguaje automático (hacer repetir series cortas de palabras, días de la semana,...)

A nivel de comprensión, hay que fijarse en la auditiva, dando órdenes simples (cierra los ojos, mira hacia arriba, preguntas de sí o no...) y la escrita o de lectura (lectura de letras, palabras, órdenes escritas...). En la tabla III, se puede recordar cómo detectar problemas de la audición.

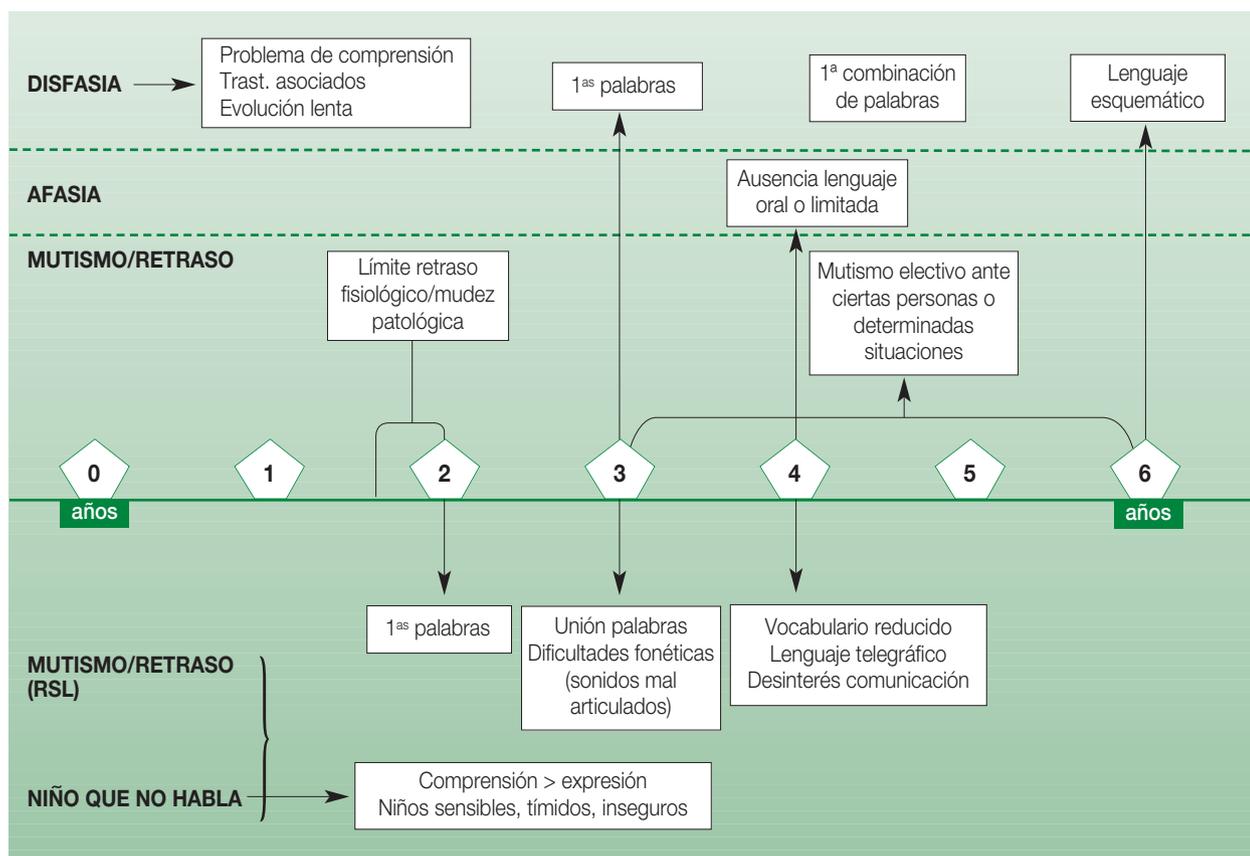
La expresión escrita quedará evidenciada con las palabras dictadas y la escritura espontánea.

PROBLEMAS MÁS FRECUENTES DEL LENGUAJE

Los problemas del lenguaje pueden presentarse de forma aislados o como un síntoma más dentro de un contexto más amplio. En ocasiones, será una expresión precoz de problemas posteriores de aprendizaje.

En los exámenes de salud, el pediatra puede observar o sospechar algún problema relacionado con el lenguaje, aunque en muchas ocasiones serán los pro-

TABLA IV.
Problema del habla por edades



pios padres quienes consulten, porque se dan cuenta de que “el niño no habla, habla mal...”, pudiendo ser, otras veces, los profesores quienes den la voz de alarma.

Hasta un 8-10% de los niños pueden presentar algún retraso, distorsión o interrupción en su desarrollo lingüístico normal. El problema puede ser aislado, o presentarse como un síntoma más, dentro de un contexto más amplio, pudiendo ser, a veces, la expresión precoz de problemas de aprendizaje posteriores. Ante la importancia, realizar este diagnóstico precoz, utilizando diversas estrategias para conseguir que el niño hable espontáneamente en la consulta (cuentos, juguetes...); ante la sospecha, de patología se consultará con otro especialista (ORL, neuropediatra, psiquiatra infantil, logopeda...).

El lenguaje puede verse afectado en sus dimensiones (forma, contenido y uso) o en sus distintos niveles. En cuanto a la forma podría afectar al habla y a la articulación (fonético-fonológico), al vocabulario, a las palabras (léxico) o a cómo se combinan éstas para formar oraciones (sintáctico). En cuanto al contenido, afectaría a la adquisición y utiliza-

ción de los significados de las palabras (semántico); en su uso (que mide la adecuación al interlocutor) hay que valorar la calidad de interacción adulto-niño o el uso correcto del lenguaje (pragmático-discursivo).

Cualquier anomalía observada en el habla puede llevar a un trastorno de la fluidez o ritmo del habla (disfemia, disfonía, afonía), de la codificación (capacidad para poder expresar deseos, ideas y pensamientos) o decodificación (capacidad para comprender...como deficiencia mental, autismo...) o en la retroalimentación para la adquisición de un lenguaje adecuado y una posterior comunicación (déficit auditivo...).

Las alteraciones en el lenguaje podrán ser temporales o permanentes (según queden solucionadas o se mantengan en niño/adulto). En el caso del lenguaje escrito dependerá de la logopatía o patología a la que vaya asociado, por tanto hay que comprobar y cerciorarnos de que el trastorno del lenguaje que observemos no está asociado a déficit auditivo, parálisis cerebral, déficit mental o autismo.

TRASTORNOS EN EL HABLA

El habla es el acto individual del ejercicio del lenguaje, siendo un proceso que el niño va adquiriendo poco a poco.

Puede verse afectado por problemas relacionados con la articulación o con la alteración en la fluidez del habla. En la tabla IV, se puede consultar la relación de problemas del habla por edades.

Por la articulación del habla

Los trastornos de articulación suelen combinarse de manera variable, con alteraciones de la: fonación, respiración, resonancia y prosodia.

Dislalias

Es la alteración de la producción de los sonidos del habla de causa funcional, no atribuible a alteraciones de tipo malformativo o neuromuscular. Las alteraciones en la articulación de los fonemas pueden ser:

- **Dislalia evolutiva o fisiológica:** ocurre durante una etapa del desarrollo del lenguaje en que niño o niña no articula bien o distorsiona algunos fo-

nemas. Suelen desaparecer con el tiempo, no precisando una intervención profesional.

Suele producir cierta preocupación a los padres, que piensan que es un retraso; hay que indicarles que les hablen despacio y claro a su hijo, abandonando los patrones de persistencia de lenguaje infantil (miau-gato, guau guau-perro...).

- **Dislalia audiógena:** debida a un déficit auditivo. Frecuentemente hipoacusia, sordera postlocutiva, sordera psicógena, sordera de percepción recepción y conducción, asociadas a alteraciones de la voz y del ritmo.
- **Dislalia orgánica (disglosias):** se trata de la dificultad o imposibilidad de producción correcta de los fonemas causada por malformaciones de los órganos de la articulación y de origen no neurológico central. Se puede tratar de anomalías congénitas o adquiridas y afectar a los dientes, lengua, labios, paladar... (labio leporino, fisura palatina, parálisis facial, brevedad velopalatina, macroglosia, malposiciones dentarias y de los maxilares, etc.).

Las manifestaciones dependerán del órgano afectado.

Dificultades de pronunciación por labio leporino o con frenillo labial superior corto o muy poco elástico. Una mala posición dental o mandibular puede afectar a la articulación de los sonidos.

La lengua es el órgano móvil que participa de manera más importante en la producción de los fonemas. Su parálisis, malformación o limitación de movimiento, puede ocasionar alteraciones en el habla, siendo frecuente que el niño haga gestos de compensación, que pueden mejorar su comunicación y no suponer ninguna dificultad en el desarrollo general del niño.

- **Dislalia funcional:** es un trastorno permanente en la emisión de fonema/as sin que existan defectos orgánicos (anatómicos, neurolingüísticos, parálisis...) que lo puedan justificar en un niño de más de 4 años. Los síntomas o "errores dislálicos" más frecuentes pueden ser: sustituciones, adiciones, omisiones de fonemas, dis-

torsiones de palabras, hablaciones (el niño dice el final de la palabra). Cuando las alteraciones incluyen gran número de fonemas consonánticos y vocálicos, a veces, la producción verbal resulta ininteligible y esta situación la definimos como "dislalias múltiples". Son muy frecuentes en la infancia y normalmente con la escolarización tienden a desaparecer.

Su etiología se puede encontrar en la falta de control en la psicomotricidad fina, el déficit en la discriminación auditiva, los errores perceptivos e imposibilidad de imitación de movimientos, una estimulación lingüística deficitaria, la deficiencia intelectual o ser de tipo psicológico (sobrepotección, traumas...).

Papel del pediatra ante una dislalia: descartar un problema orgánico de articulación y derivar al especialista correspondiente.

Inmadurez articulatoria (retardo del habla)

Es un trastorno que afecta a la pronunciación de palabras y frases, a pesar de tener una correcta articulación de fonemas y sílabas.

Se considera problema a partir de los 4 años y anomalía si persisten por encima de los 5 años; pueden presentarse de forma aislada o con dislalias. Es un trastorno fonológico (el niño es capaz de articular /ka/ke/ki/ko/ku/ y; sin embargo, produce /titate/ en lugar de "quitate").

Cuando se combinan trastornos fonéticos (dislalias) y fonológicos, es cuando se habla habitualmente de "retraso del habla".

Papel del pediatra en la inmadurez articulatoria: descartar patología orgánica y derivar al terapeuta de la voz.

Disartria

Es el trastorno de la expresión verbal debido a una afectación de las vías centrales, nervios craneales o grupos musculares que intervienen en los mecanismos del habla. Afecta, tanto a los movimientos voluntarios como a los involuntarios y su afectación es constante.

Se pueden dividir en disartrias de los diferentes tipos de parálisis infantil y en aquellas que no se acompañan de problemas neurológicos graves.

La causa siempre es de origen orgánico, pudiendo ser prenatales (embriopatías o fetopatías), perinatales (anoxia por parto prolongado, niños hipermaduros o por cesáreas demoradas) o postnatales (meningitis o encefalitis, deshidrataciones o enfermedades metabólicas).

Papel del pediatra en la disartria: descartar una patología etiológica y derivar al especialista correspondiente y al logopeda.

Por la fluidez del habla

El ritmo del habla es uno de los componentes de la comunicación humana que aporta significado y calidad a la comunicación; si se altera en la niñez, puede suponer una pérdida de calidad de vida.

Disfemia

Es un trastorno en la fluidez verbal y del ritmo, debido principalmente a la coordinación fonorrespiratoria y al tono muscular junto con respuestas de tipo emocional y neurovegetativas.

Las formas de presentación en la infancia son:

- **Taquifemia** (o farfalleo): es una forma precipitada y excesivamente rápida de hablar, donde se observan omisiones de fonemas y sílabas, sobre todo en fin de enunciación ("se come las palabras"), a veces falta el ritmo y se llega a una cierta descoordinación respiratoria que provoca ligeros bloqueos y repeticiones.
- **Disfemia fisiológica y evolutiva:** aparece entre los 3-4 años y no hay que darle una importancia exagerada, para evitar que provoque algún conflicto relacional. Si persiste a los 5-6 años, si se agrava y afianza, se convierte en disfemia propiamente dicha (cuando el niño es consciente de que le ocurre, hacia los 9-10 años). Suelen presentarla en un índice de 4/1 más en niños que en niñas.
- **Tartamudez** (o espasmogenia): es una de las alteraciones de la comunicación que genera un nivel de malestar en el niño y en su entorno, y provoca un alto nivel de ansiedad y conflictividad que no debe ser despreciado.

Sería el principal síntoma de la disfemia, junto con: logofobia (miedo a hablar), balbismos (movimientos asociados e involuntarios), embolofrasia (intercalar sonidos en cada palabra pronunciada y en especial las vocales). Es un trastorno del habla y de la comunicación social caracterizada por una descoordinación de los movimientos fonoarticulatorios y la presencia de espasmos musculares en los distintos puntos de la cadena productiva del habla (diafragma, glotis, lengua, labios...).

Se pueden distinguir varias formas según el enganche sea con fonema (tónica), con sílaba (clónica) o combinando ambas (mixta).

Entre las posibles causas desencadenantes, podemos citar: la herencia, el sexo (75% de varones tartamudos, respecto a mujeres), los trastornos de la lateralización (y zurdos contrariados), trastornos neurológicos o en la estructuración temporoespacial y alteraciones lingüísticas y psicológicas (ansiedad, depresiones, miedos, inestabilidad emocional, sentimientos de inferioridad...).

Papel del pediatra en la disfemia:

tras descartar una patología orgánica (hipertrofia de adenoides o amígdalas,...), y a partir de los 5-6 años de edad, se planteará la derivación al logopeda y psicólogo, o bien ante la persistencia o agravamiento del cuadro. En caso de ansiedad se puede indicar un ansiolítico.

Es importante la orientación a padres, educadores y disfémicos.

Para padres y educadores: ante una disfemia

1. No reaccionar mal ante la persona que tartamudea. No manifestar impaciencia o ansiedad (verbal y no verbal).
2. No hacer que repita las palabras o frases.
3. No reñir, censurar, criticar ni ridiculizar.
4. Evitar todo tipo de situaciones de tensión.
5. No hacer observaciones acerca de su forma de hablar (puede producir ansiedad).
6. Evitar el contacto con personas que pudieran perjudicarlo en este sentido.
7. Darle tiempo a terminar las palabras o frases. No adelantar "adivinando"

continuamente lo que va a decir. No interrumpirle, excepto si verdaderamente se bloquea, en caso de que manifieste signos de esfuerzo brusco al hablar, intervenir suavemente distrayendo el esfuerzo y facilitando una buena comunicación.

8. Darle conversación y animarle a hablar en situaciones de no tensión, utilizando un habla lento y relajado.
9. Atenderle y conversar con él.
10. Debe procurar dormir las horas necesarias.
11. En ningún momento, se debe cultivar la ansiedad, ya que por ésta los cuadros de ansiedad pueden hacerse crónicos e interferir en un correcto desarrollo de la personalidad".

Orientaciones al paciente disfémico.

1. Reflexionar y relajarse (estar tranquilo) al comenzar a hablar.
2. Antes de hablar, "expirar" un poco e inmediatamente hablar.
3. Al mantener los labios en una posición óptima, las palabras saldrán mejor.
4. Hablar vocalizando.
5. No hablar en los bloqueos y esperar un tiempo de relajación.
6. Hablar sosegada y lentamente (enlentecer el habla).
7. Inspirar y expirar relajando los músculos fonadores.
8. Adaptar la emisión a la respiración.
9. No atender a la forma de hablar, sino dedicar tiempo a pensar lo que se va a decir y los gestos que se van a realizar.
10. Utilizar métodos de despistaje.
11. Realizar actividades extralingüísticas expresivas; por ej.: baile, dibujo, música, etc.
12. Hacer gimnasia y deporte, como: tenis, natación, montañismo, etc., ya que, influyen en la voluntad y el carácter, produciendo dominio en la respiración y restableciendo el equilibrio.
13. No fatigarse excesivamente y evitar el estrés.
14. No ir a locales demasiado cerrados (que puedan producir agobios).
15. No leer ni asistir a espectáculos misteriosos o violentos (que puedan tener el efecto de crear nerviosismo).
16. Llevar una alimentación completa (evitando bebidas gasificadas y el chocolate).

TRASTORNOS EN LA VOZ

La voz es el vehículo del mensaje oral y su uso va a aumentar a lo largo de la vida.

Disfonía

Es una alteración de la voz en cualquiera de sus cualidades –intensidad, tono o timbre–, debida al uso incorrecto de la misma, a una respiración insuficiente o a una mala coordinación con la fonación. Pueden ser hipotónicas (voz ronca, apagada) o hipertónicas (aguda, tono alto).

Por su etiología, pueden ser **orgánicas**: congénitas (quistes intracordales, si-nequias, laringomalacia, lesiones cerebrales, malformaciones, parálisis, factores endocrinos), adquiridas (nódulos), inflamatorias (laringitis aguda o crónica) y traumáticas (lesiones por heridas, quemaduras, radioterapia, intervenciones quirúrgicas...) o **funcionales**, debidas a una excesiva tensión de las cuerdas vocales durante la fonación (niños que gritan continuamente, hiperactivos y coléricos), o porque las cuerdas vocales no cierran totalmente la glotis por falta de tensión muscular.

Hay que incluir en este cuadro a los niños con los ataques duros de voz (golpe de glotis), los gallos que sacan, los sonidos inaudibles o demasiado forzados, las respiraciones ruidosas y los "si" emitidos en inspiración. La disfonía aumenta en todas las enfermedades con repercusión laríngea, así como en el asma y la bronquitis,

El diagnóstico diferencial hay que hacerlo mediante la exploración laringoscópica, que permitirá diferenciar la disfonía funcional infantil de las orgánicas.

El tratamiento funcional empieza a ser efectivo a partir de los seis u ocho años de edad, siendo tarea del logopeda.

Afonía

Es la pérdida total de voz y las causas hay que buscarlas en un estado inflamatorio agudo, en un traumatismo, en parálisis laríngeas o por un mal uso respiratorio y vocal.

Rinolalia

O voz nasal, habitualmente está producida por una incompetencia morfológica o funcional velopalatina. El tratamiento

logopédico será imprescindible para el abordaje de dicha alteración del timbre vocal, como terapia principal o como cooperación al tratamiento quirúrgico.

Papel del pediatra ante los trastornos de la voz:

- En los cuadros leves, es útil dar unas orientaciones a las familias para el buen uso de la voz
- Si el cuadro persiste, habrá que consultar con el ORL y, luego, con el foniatra o logopeda, para su rehabilitación.

Consejos a la familia

1. Conseguir un ambiente relajado en casa.
2. Evitar ambientes ruidosos que obligan a elevar la intensidad de la voz.
3. Hablar al niño siempre despacio, claro y a intensidad normal, con una buena articulación y un ritmo adecuado, ni demasiado agudo ni demasiado grave, y fomentar en el niño el hablar de esta forma.
4. Conseguir que el niño no fuerce la voz ni utilice tensiones en el cuello y cara; si lo hace, ayúdele a relajarse.
5. Corregir y controlar la postura corporal y la posición de la cabeza del niño; ya que, si éstas son correctas, facilitan una respiración y, por tanto, una fonación normal.
6. Cuidar los excesos vocales durante las enfermedades que afectan a la voz (laringitis, resfriados...).
7. Evitar los ejercicios físicos y juegos que producen acaloramiento y, sobre todo, las bebidas frías después de realizarlos.
8. Se recomienda un control auditivo a todo niño con alteraciones de la voz.
9. Es importante detectar lo antes posible toda alteración, maltrato o mal uso de la voz, y derivar al terapeuta de la voz para iniciar el tratamiento adecuado.

TRASTORNOS EN EL LENGUAJE ORAL

Pueden ir desde el niño que no habla a la edad en que ello se espera, hasta la afasia, pasando por el retraso simple del lenguaje o la disfasia.

El niño que no habla

Se trata de un paciente cuyo lenguaje oral no se manifiesta a una edad en que los demás niños hablan normalmente, siendo esta ausencia del lenguaje la única alteración evidenciable.

El límite entre el retraso fisiológico y la mudez patológica estaría entre los 18 meses y los dos años de edad y, como características, podemos señalar:

- Aparición de las primeras palabras después de los 2 años.
- La unión de palabras comienza después de los 3 años.
- Vocabulario muy reducido a los 4 años.
- Desarrollo comunicativo del gesto y de la música.
- Lenguaje telegráfico (ausencia de determinantes y nexos gramaticales).
- Desinterés comunicativo.
- Comprensión superior a la expresión.
- Niños/as sensibles, tímidos, faltos de seguridad.

Se podría tratar de:

Retraso puro del habla: sería un retraso grave del lenguaje, con falta de maduración en las habilidades motoras del habla. Es una alteración fonética que presentaría el conjunto de todas las dislalias evolutivas y/o funcionales.

Retraso simple del lenguaje: lo tratamos independiente del anterior, al representar la mayoría de casos que suelen diagnosticarse. Habrá que derivar al logopeda, tras haber descartado problemas auditivos o neurológicos, según la evolución en la adquisición del lenguaje.

Mutismo total: desaparición total del lenguaje, repentina o progresivamente. Puede ser de tipo histérico, tras un fuerte choque afectivo, por enfermedad laríngea, o "por unos días".

Mutismo selectivo: sólo aparece ante ciertos pacientes o en determinadas situaciones, pudiendo presentarse desde los 3 años, pero es más frecuente a partir de los seis años.

Entre la etiología hay que tener presente:

- Sobreprotección familiar.
- Falta de estimulación lingüística.
- Exigencias de los padres, exceso de preocupación.
- Trastorno familiar: divorcio, muerte de un familiar...

- Situaciones de bilingüismo mal integrado en ambientes lingüísticamente pobres.
- Déficit lingüístico hereditario, sobre todo de memoria auditiva.
- Incapacidad comunicativa específica, inhibición motora...

Si un niño no habla los 30 meses, es importante investigar:

- Si comprende el lenguaje (lo que se le dice).
- Si puede haber alguna lesión neurológica, sensorial (auditiva) o motriz (ha de poder "hacer" lo que oye) o tener un déficit en los órganos de la fonación.
- Si se rodea de un ambiente estimulador adecuado.
- Si le rodea algún problema más de tipo psicológico, que pueda estar influyendo en dicha adquisición (bloqueo emocional, nacimiento de un hermanito...).

Papel del pediatra ante un niño que no habla: habrá que enviarlos a consulta con las unidades de neuropediatría y psiquiatría infantil, que serán los que consideren la necesidad de estudios complementarios o la intervención de logopeda, para realizar la estimulación temprana.

Retraso simple del lenguaje

Es un retraso en la aparición de los niveles del lenguaje que afecta, sobre todo a la expresión y que no es explicable por un déficit intelectual, sensorial ni conductual. La comprensión del lenguaje es superior a la expresión. En teoría respeta los mecanismos y las etapas evolutivas del desarrollo normal, pero con un desfase cronológico (Juárez y Monfort, 1992).

Su etiología puede ser variada, resaltando los factores de privación ambiental o de tipo educativo. De hecho, estos retrasos pueden pasar desapercibidos para el entorno familiar.

Esta diferencia en el calendario de adquisiciones se concreta en:

- Aparición de las primeras palabras después de los 2 años (en vez de 12-18 m).
- Primeras combinaciones de 2 ó 3 palabras a los 3 años (en lugar de 2 años)
- Persistencia de numerosas dificultades fonéticas, omisiones en sílabas iniciales después de los 3 años.

- Vocabulario limitado, menos de 200 palabras expresadas a los 3 años y medio.

- Se observa una mejoría con la edad y una resolución total sobre los 6-7 años.

El diagnóstico diferencial con la disfasia leve es claro; ya que, en ésta, los trastornos son más persistentes prolongándose en la etapa escolar y aun adolescente, estando acompañados de otros trastornos neuropsicológicos que comprometen especialmente a la atención, memoria y función grafomotora.

Papel del pediatra ante un retraso simple del lenguaje: descartada la hipoacusia (ORL), se remitirá al logopeda para favorecer su estimulación, a partir de los 4 años.

Disfasia o trastorno específico del desarrollo del lenguaje (TDL)

Es un retraso cronológico en la adquisición específica del lenguaje, y presenta dificultades concretas para la estructuración del mismo, produciendo, así, conductas verbales anómalas. No puede relacionarse con un déficit sensorial o motor, ni con deficiencia mental, ni con trastornos psicopatológicos (TDL, autismo...), ni con privación socioafectiva, ni con lesiones o disfunciones cerebrales evidentes; o sea que, las funciones motrices, sensoriales y cognitivas son normales.

Para hacer el diagnóstico diferencial con el retraso simple del lenguaje hay que tener en cuenta que el paciente disfásico suele presentar una evolución que no respeta siempre el orden y las etapas del desarrollo normal.

Forma de detección:

- Aparición de las primeras palabras después de los 3 años.
- Primeras combinaciones de palabras después de los 4 años.
- Persistencia de un lenguaje esquemático después de los 6 años.
- Existencia de problemas de comprensión.
- Importancia de trastornos asociados.
- Lentitud en la evolución.
- Muchas veces acompañada de disfunción cerebral.

Papel del pediatra ante la disfasia: ha de ser valorado por el neuropediatra y psiquiatra infantil, encargándose la uni-

dad de logopedia de la rehabilitación del lenguaje.

Afasia

Es la ausencia del lenguaje.

La **afasia congénita** se presenta antes de los 30 meses, sin que existan factores que puedan explicar la ausencia de lenguaje. Puede afectar a la expresión (afasia expresiva, audiomudez o motriz), o a la comprensión (afasia receptiva o mixta, sordera verbal o sensorial).

Etiología: suele cursar con lesiones cerebrales precoces (evidenciables o no) o con disfunciones congénitas más o menos específicas.

La **afasia adquirida** trae consigo una pérdida total o parcial del lenguaje en niños menores de 10 años.

Etiología: una lesión cerebral adquirida, detectable o no (secundaria a traumatismos, infecciones, tumores o lesiones de tipo vascular) que afecta a áreas relacionadas con algún aspecto del lenguaje.

Papel del pediatra ante un cuadro de afasia: la valoración será por el neuropediatra y psiquiatra infantil; mientras que, el logopeda se encargará de la rehabilitación del lenguaje, que precisará el apoyo de la familia.

Consejos a la familia

1. Sea un buen modelo de lenguaje, lenguaje simple, oraciones cortas con palabras y estructuras sintácticas fáciles de entender (Lenguaje *Baby-Talk* /Lenguaje Modulado-en conclusiones).
2. Proporcione al niño diferentes objetos y juguetes y explíquele para qué sirven, los colores, los tamaños...
3. Utilice muchos gestos al mismo tiempo que le hable cuando el niño comience a utilizar el lenguaje, que después deben ir desapareciendo.
4. Nombrar o clasificar con él objetos y juguetes que se encuentren en el hogar.
5. Describir, en ocasiones, lo que se hace o lo que está haciendo el niño en un momento determinado.
6. Ampliar las oraciones simples del niño agregando la palabra o palabras que falten mientras se las repite.
7. Ayudar al niño a asociar objetos, figuras y acciones, proporcionando las palabras adecuadas.

8. Sea consciente de que el niño dis ponga de un ambiente verbal rico.
9. Que el niño cuente con oportunidades y tiempo para que pueda expresarse libremente.
10. Muéstrelle al niño cómo se debe preguntar y responder.
11. Comience con palabras sencillas, fáciles de decir, concretas, tales como sustantivos y verbos, y posteriormente incluya palabras más abstractas, como adjetivos y adverbios.
12. Acompañar al niño a lugares que le sirvan de estímulo: circo, cine, paseo...
13. No permita que otras personas hablen o contesten en lugar del niño. Asegúrese de que el niño tenga necesidad de hablar; de modo que, la recompensa sea superior por hablar que por no hablar.
14. Recompense los esfuerzos lingüísticos del niño.

TRASTORNOS DEL LENGUAJE ESCRITO

La mayoría de niños y niñas con un grado de madurez determinado y con un ambiente pedagógico favorable, aprenden a leer y escribir sin dificultad.

Para un dominio ortográfico completo y para una lectura correcta y comprensiva, es preciso que el sujeto decodifique y analice las letras y las palabras que está viendo para, posteriormente, transformarlas en un sonido o en un código que se asemeje al habla-codificación.

Dislexia

Es la incapacidad para realizar normalmente el aprendizaje de la lectura.

Para detectarla, hay que fijarse en la dificultad que presenta para la distinción y memorización de letras o grupos de letras, falta de orden y ritmo en la colocación, así como la mala estructuración de las frases.

Podemos diferenciar dos tipos de dislexia, por un lado, las *evolutivas, específicas o de desarrollo*, que se refieren a aquellos niños que presentan una dificultad para el aprendizaje, manifestándose como consecuencia de un defecto de maduración específico, pero con inteligencia normal o superior a la normalidad, escolaridad normal y ausencia de proble-

TABLA V.
Indicadores
de posibles
dislexias

En el habla y el lenguaje	En la psicomotricidad
<ul style="list-style-type: none"> • Que el niño presente dislalias o problemas articulatorios • Vocabulario pobre • Falta de expresión • Comprensión verbal deficiente 	<ul style="list-style-type: none"> • Retraso de la estructuración y reconocimiento del esquema corporal (y problema en la orientación dcha. e izq.) • Dificultades en la percepción (confusión de colores, formas y posiciones) • Torpeza motriz en la ejecución de ejercicios motrices y de grafía) • Tendencia a la escritura en espejo ("p" por "q" "d" por "b"...)

mas psicológicos importantes y de daño cerebral. Por otro lado, las *secundarias o sintomáticas*, que además de tener las mismas características, van asociadas a un trastorno neurológico comprobable.

En la tabla V, se pueden ver los indicadores de posibles dislexias.

Disortografía

Es un trastorno específico de la escritura, sin que tales errores se produzcan en la lectura.

Aquí se deja al margen la problemática de tipo grafomotor (trazado, forma y direccionalidad de las letras), y se centra en la aptitud para transmitir el código lingüístico hablado o escrito.

Se detectará a través de la escritura (por ejemplo, boda/doba).

La etiología va en función de:

- Causas de tipo perceptivo: (b/v, p/q, b/d...).
- Causas de tipo intelectual: (déficit o inmadurez intelectual).
- Causas de tipo lingüístico: (problemas de lenguaje, dificultad articular).
- Dificultades de tipo afectivo-emocional: (bajo nivel de motivación).
- Causas de tipo pedagógico: (método de enseñanza inadecuado).

Disgrafía

Es el trastorno de aprendizaje que dificulta o imposibilita escribir correctamente en los niños, y que no responde a lesiones cerebrales o a problemas, sino a trastornos funcionales, que afectan a la calidad de su escritura, en el trazado o la grafía. Afecta más a niños que a niñas (6/4).

Para aproximarse al diagnóstico, es preciso tener en cuenta una serie de condiciones:

- Capacidad intelectual en los límites normales o por encima de la media.

- Ausencia de daño sensorial grave, como traumatismos motóricos, que pueden condicionar la calidad de la escritura.

- Ausencia de trastornos neurológicos graves, incluidas las lesiones cerebrales, con o sin componente motor, que podrían impedir una normal ejecución motriz del acto escritor.

- Ausencia de trastornos emocionales severos.

- Adecuada estimulación cultural y pedagógica.

- Dificultades especiales para el lenguaje (comprensión o producción, en forma oral o escrita).

Desde que el niño comienza a realizar los primeros trazos, hasta que consigue un control óculo-manual, hay un largo proceso. Gessel distingue las siguientes etapas en la evolución del grafismo:

- **15 meses.** Trata de imitar un trazo escrito, frotando o golpeando el lápiz contra el papel.

- **24 meses.** Realiza pequeñas marcas con lápices en el papel.

- **30 meses.** Experimenta con líneas verticales y horizontales, con puntos y con movimientos circulares.

- **3 años.** Puede copiar un círculo.

- **3,5 años.** Quizás muestre un ligero temblor en la coordinación motriz delicada.

- **4 años.** Dibuja objetos con algún detalle.

- **5 años.** Dibuja el contorno de algún objeto.

- **5,5 años.** Muchos muestran interés por aprender a escribir su nombre con caracteres de imprenta y por subrayar mayúsculas y palabras de algún libro familiar.

- **6 años.** Sabe escribir letras mayúsculas de imprenta, por lo general, invertidas.

- **7 años.** Pueden escribir varias oraciones con caracteres de imprenta y tienden a ir disminuyendo gradualmente el tamaño hacia el final de la línea.

Se detectará por medio de la escritura: "el niño escribe con mala letra, demasiado grande o pequeña y no siguiendo direccionalidad".

La etiología hay que buscarla entre:

- Causas de tipo madurativo.
 - Trastornos de lateralización (ambidextrismo y zurdería contraída).
 - Trastornos de eficiencia psicomotora (niños con motricidad débil, niños con ligeras perturbaciones del equilibrio, niños inestables).
 - Niños con trastorno de esquema corporal.

- Causas, como:

- Factores de personalidad.
- Factores psicoafectivos.

- Causas pedagógicas:

- Mala orientación del proceso de adquisición de destrezas motoras.
- Enseñanza rígida e inflexible sin considerar las caracteres individuales.
- Orientación inadecuada al cambiar de letra (cursiva e imprenta).
- Destacar la calidad o rapidez escritora...

- Causas mixtas: serían la suma de factores de causa continuada "síndrome del grafoespasmo", cuyos síntomas serían los siguientes.

- Crispación en todo el brazo que escribe, a nivel de dedos y hombros.
- Fenómenos dolorosos.
- Detenciones forzosas durante la escritura.
- Mala coordinación de los movimientos, con sacudidas y tirones bruscos.
- Sudoración a nivel de palmas.
- Variación en la forma de sujetar el lápiz.
- Rechazo a la escritura.

Papel del pediatra ante problemas de lenguaje escrito: el pediatra puede hacer leer al niño o escribir para observar si tiene dificultades.

Después de valorar la existencia de un trastorno orgánico (visuales, auditivos, de la motricidad, retardo general del desarrollo corporal...), se planteará la consulta con distintos especialistas: oftalmólogo, ORL, neurólogo, psicólogo y logopeda.

Consejos a la familia para estimular el lenguaje escrito

- Estimular el lenguaje del niño desde el nacimiento.
- Compartir libros con el niño, cuentos...
- Estimular el garabato con la intención de dibujar o escribir algo.
- Utilizar varias maneras de ayudar a leer una historia, como: leer de nuevo, predecir lo que va a suceder, hacer preguntas o usar pistas que hay en los dibujos...

ALGUNAS DIFERENCIAS ENTRE EL LENGUAJE ORAL Y EL ESCRITO

Lenguaje oral

- Situacional en tiempo y espacio. Efímero.
- Se adquiere y se usa sin necesidad de conocer sus reglas. Es rápido.
- Se adquiere en contexto comunicativo.
- Admite libertad de sintaxis.
- Requiere interlocutor presente, lo que permite valorar su grado de conocimiento y comprensión; luego no necesita ser plenamente explícito, completo, ni correcto.
- Orientado a lo social-comunicativo.

Lenguaje escrito

- Transituacional. Permanece, es revisable.
- Requiere aprendizaje y uso consciente y deliberado de sus reglas. Es lento.
- Se aprende en un contexto didáctico.
- Se ajusta a la sintaxis convencional.
- Puede producirse en ausencia de interlocutor, incluso dirigirse a un desconocido; por eso, debe ser explícito, completo y correcto.
- Orientado hacia la tarea.

CONCLUSIONES

Para finalizar vale la pena conocer qué es el habla "baby talk" y el "lenguaje modulado".

El habla "baby talk" es el subcódigo lingüístico que utilizan los adultos y niños mayores cuando se comunican con niños pequeños, y que controla la eficacia de la comprensión de los mensajes por parte del niño, y que supone ayudas importantes para la imitación y el aprendizaje del lenguaje.

- Ritmo de habla más pausado.
- Mayor expresividad en la entonación y en la mímica natural.

Síntomas	Trastornos frecuentes	Derivación
El niño habla apenas o no habla: a) Comprensión del lenguaje relativamente buena b) Comprensión del lenguaje mala (notoria a partir de los 2 años)	Retraso en el desarrollo del lenguaje Alalia (ausencia de lenguaje-mutismo)	Pediatra, ORL, logopeda
Consonantes aisladas o varias consonantes: a) Quedan ausentes b) Son reemplazadas por otros sonidos c) Son articuladas erróneamente, (hasta 4-5 años, no debe preocupar)	Baluceo, dislalias	
El niño dice sólo oraciones demasiado cortas, incompletas o mal estructuradas (hasta 5-6 años, no preocupar)	Disgramatismo, agramatismo	Neuropediatra/psiquiatra, logopeda
Pronunciación dura "espástica" con movimientos exagerados de la musculatura articular en parálisis cerebrales	Disartria	Neuropediatra, logopeda, psicólogo
Enlentecimiento de la expresión	Disartria hipotónica (bradilalia-habla lenta) Disartria hipertónica	
Dinámica desordenada del lenguaje	Anartria (falta de articulación oral)	
Sólo sonidos inarticulados		
a) El niño no comprende palabras aisladas o el lenguaje global b) El niño ya no habla c) El niño ya no habla ni comprende	Afasia sensorial (Wernicke) Afasia motora (Broca) Afasia total	Neuropediatra, logopeda, psicólogo
El niño: a) Sólo habla en una situación determinada (personas) b) Ya no habla	Mutismo electivo Mutismo total	Psicólogo, logopeda
El niño tartamudea (fluencia alterada)	Tartamudez, baluceo	Psicólogo, logopeda
El niño habla atropelladamente, "atragantándose", "alterado", calladamente	Farfuleo (diagn. diferencial tartamudeo/disfemia), a menudo problema del desarrollo (3-4 años)	Psicólogo, logopeda

TABLA VI.
Síntomas ante una sospecha de un trastorno del lenguaje

- Intensidad vocal algo más alta.
 - Mayor repetición de los enunciados.
 - Simplificación del lenguaje cotidiano.
- El "lenguaje modulado" es el modelo idóneo que se debe establecer en el entorno lingüístico del niño; gracias al cual éste personifica a la madre como su primer interlocutor del lenguaje. Este lenguaje materno tendrá unas características especiales, siendo sin duda el más

eficaz para que un niño adquiriera el lenguaje oral.

- Enunciados lentos.
- Marcando pausas más frecuentes y más largas.
- Pronunciando las frecuencias más altas que el desarrollo habitual.
- Sintaxis más correcta (con menos rupturas y utilizando menos subordinadas).
- Semánticamente, ajustándose al nivel de comprensión del niño.
- Constante adaptación al progreso del niño en: longitud de enunciados, expansiones gramaticales y extensiones semánticas.

A modo de conclusión, vale la pena dar un último repaso, por síntomas, a aquellos que se pueden encontrar, como sospecha de un trastorno del lenguaje (Tabla VI).

BIBLIOGRAFÍA

Los asteriscos reflejan el interés del artículo a juicio del autor.

- 1.**** Casas Fernández C. Trastornos instrumentales y funcionales del habla. *Pediatría Integral* (supl.). Congreso SEPEAP, 1999.

Repaso neuropediátrico de la base orgánica y funcional de los trastornos del habla.

- 2.**** Carbona J, Chevré-Muller C. El lenguaje del niño. Desarrollo normal, evaluación y trastornos. Editorial MASSON

Es un manual completo sobre todas las logopatías. Su contenido abarca las bases neurobiológicas, psicolingüísticas, neuropsicológicas, exámenes psicofisiológicos y patologías del lenguaje, evaluación y diagnósticos, que nos abren una visión amplia sobre el tema. Presenta un glosario de lingüística y de psicolingüística.

- 3.**** Echeverría Goñi S. La voz infantil, educación y reeducación. Editorial CEPE S.L. Aporta a tutores de aula y profesores de apoyo (especialistas en pedagogía terapéutica y logopedas) un cúmulo de ejercicios y actividades bien definidos, programados y evaluados, que pueden ser aplicados con éxito en prevención, higiene, educación y reeducación vocal, para solucionar el mal uso y/o abuso vocal, como determinante de una conducta disordinada de comunicación a través del aparato vocal.

- 4.**** Gallardo Ruíz JR, Gallego Ortega JL. Manual de Logopedia escolar. Málaga: Editorial Aljibe, 2000

Manual con un práctico enfoque, y una visión realista de las alteraciones del lenguaje y en las actividades que contiene, que sirven de gran ayuda a nivel lingüístico, cognitivo, conductual, clínico... Sus autores de carácter multidisciplinar (psicólogos, logopedas, pedagogos o médicos) tienen amplia experiencia en las necesidades educativas especiales en el ámbito escolar.

- 5.** Mackonochie A. Guía práctica de la evolución mes a mes del primer año tu hijo. Libros Cúpula, 2000

La autora detalla minuciosamente las etapas básicas del desarrollo infantil en esta época tan importante que condicionará el futuro del niño, tanto física como psicológicamente.

- 6.** Monfort M, Juárez A. "El niño que habla". El lenguaje oral en preescolar. CEPE.

El objetivo de este libro es resaltar la función lingüística y podemos responder a las preguntas ¿para qué sirve el lenguaje? o ¿cuál es la influencia del lenguaje sobre el desarrollo y la conducta general del niño? Nos da una visión clara de que es el principal medio de comunicación, un instrumento estructurante del pensamiento y la acción, un factor regulador de la personalidad y del comportamiento social y que constituye el principal (y a veces único) medio de información y cultura; es un factor importante de identificación a un grupo social.

- 7.**** Montilla Bono J, Trastornos psico-lingüísticos del lenguaje. *Pediatría Integral* (supl.). Congreso SEPEAP, 1999.

Detallada orientación de los trastornos psicolingüísticos del lenguaje.

- 8.**** Narbona García J, Trastornos neuropsicológicos del lenguaje. *Pediatría Integral* (supl.). Congreso SEPEAP, 1999.

Repaso a los aspectos fundamentales de los trastornos neuropsicológicos del lenguaje.

- 9.**** Nieto Barberá M, Trastornos del lenguaje. Desarrollo del lenguaje. Clasificación de los trastornos. *Pediatría Integral* (supl.). Congreso SEPEAP, 1999.

Útil explicación del desarrollo del lenguaje, así como de una práctica clasificación de sus trastornos, con lenguaje neurológico y pediátrico.

- 10.**** Redondo A, Lorente J. *Pediatría Integral* 2004; 8 (8): 675-91.

Puesta al día de los trastornos del lenguaje, desde una orientación muy práctica, para ser utilizado por los pediatras en su consulta diaria, y que incluye los aspectos más destacados de cada patología y los signos y síntomas ante los que hay que estar atentos o que hay que explorar, así como el papel que debe tomar el pediatra en cada uno de los casos.

- 11.**** Rivas Torres RM, Fernández Fernández P. Dislexia, disortografía y disgrafía. Madrid: Editorial Pirámide; 1998.

Es un interesante instrumento, no sólo para quienes tienen un interés más o menos teórico sobre el lenguaje escrito y sus trastornos, sino también para aquellos profesionales que tienen que vérselas diariamente con niños que presentan dificultades en el aprendizaje y uso de la lengua escrita. Se abordan las dificultades de una dislexia, disortografía y disgrafía, características del trastorno, intervención y reeducación, de una forma clara y sistemática en su exposición

- 12.** Rosell Clari V. P.E.L.O. (E.I) Programa de Estimulación del Lenguaje Oral en Educación Infantil. Málaga: Ediciones Aljibe; 1993 .

Presenta un programa de desarrollo del lenguaje oral que se aplica en el segundo ciclo de la educación infantil, que se realiza a través de centros de interés ("Rincón del mimo", "Rincón Indio", "Rincón de la audición" y "Rincón de LEO") y pretende responder a preguntas que padres y educadores realizan para prevenir dificultades relacionadas con el desarrollo del lenguaje oral y posibles dificultades que pudieran aparecer en la lecto-escritura.

- 13.*** Sasot Llevadot J, Moraga Llop F, Ibáñez Bordás RM. *Psicopediatría en atención temprana*. Barcelona: Prous Science.

Nuevas estrategias preventivas y terapéuticas que aportan estudios sobre aspectos neurofisiológicos, detección de las alteraciones del lenguaje y del habla, así como los instrumentos de investigación de los mismos en la primera infancia.

- 14.**** Sos Abad A, Sos Lansac ML. *Logopedia práctica*. Madrid: Editorial Escuela Española, 1997.

Esta obra ofrece unos conocimientos elementales, básicos y prácticos, de una logopedia actualizada, interdisciplinar y más humana. Incluye un método completo de desmutización, vocabulario básico de logopedia y es una recopilación de las obras más importantes de varios autores: Martín Aramendia, Jorge Perelló, Margarita Nieto, M^a Luz Sos, Inés Bustos, Carmen Basil, Tobías Corredera, Robert Ruiz, Antonio Eguluz y Francisco Ramos.

- 15.* Valverde AM, García JA, Pérez A. El alumno con dislalia funcional. Detección y tratamiento. Madrid: Editorial Escuela Española, 1992.

Este libro pretende dar soluciones prácticas a los problemas que plantea la "dislalia funcional" que es la más común en los centros escolares y aunque serán los logopedas quienes pueden sacar mayor rendimiento, su contenido se ha preparado de forma que los profesores de apoyo y los de aulas ordinarias, pueden trabajar, con el entrenamiento adecuado, en la corrección de las alteraciones del habla que con más frecuencia encontrarán en sus clases y se podrá comprobar que la reeducación logopédica es una de las parcelas educativas que mayor efecto tiene en el rendimiento escolar de los alumnos, en los primeros años de la escolaridad obligatoria.

- 16.**** Vila Rovira JM. "Alteraciones del habla". *Pediatría Integral* 2008; Número especial 11, correspondiente al XXII Congreso de la Sociedad de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria, 56-59.

Ponencia de gran interés, y con un aspecto práctico para el pediatra, e impartida por un Profesor de la Diplomatura de Logopedia.

Internet

- <http://educación.upa.cl/diversidad/lenguaje.htm>
- http://ceril.cil/P3_DDA.htm
- http://www.cnice.mecd.es/recursos2/orientación/01apoyo/op06_f.htm
- <http://anlivi3.galeon.com/tipos.htm>
- <http://www.psicologoinfantil.com/traslengu.htm>
- <http://www.neurorehabilitacion.com/Trastornos%20del%20lenguaje.htm>
- <http://www.delogopedia.com>

Caso clínico

Historia actual y antecedentes personales

Niño de 3 años y 1 mes, que acude a consulta pediátrica porque desde hace dos meses sus padres se han empezado a preocupar, al notar que su hijo no habla como otros niños de su edad.

Acaba de iniciar su primer año de escolarización; no había ido a la escuela infantil y ha estado siempre con su madre. Ella comenta que su hijo “entiende todo lo que le dice”, que es muy listo, pero que es un poco vago para hablar. Está mucho rato viendo los dibujos en la televisión y “le encanta pintar”. Salen por las mañanas y alguna tarde van al parque cuando el tiempo lo permite. Ahí, juega con otros niños.

En estos meses ha acudido a varios pediatras que no le han dado mucha importancia. Tuvo una bronquiolitis al año de edad y una bronquitis sobre los 26 meses. Ha tenido varios catarros, con otitis media en dos ocasiones. Su hermano se había escolarizado cuando nuestro paciente tenía 16 meses, y estuvo todo el curso acatarrado, por lo que contagiaba continuamente a nuestro paciente. En el verano tuvo una otitis externa; le dijeron que había sido por el baño en la piscina. Le indicaron unas gotas y mejoró.

Controla esfínteres durante el día y ya colabora al vestirse, aunque su madre le ayuda.

Antecedentes familiares

El padre llega tarde a casa. La madre se dedica a las labores en casa. Tanto padre como madre son personas sanas. No fuman. Su único hermano va al colegio y también es sano.

Exploración física

El pediatra observa, durante la anamnesis, que el niño utiliza –de forma exigente– su lenguaje gestual. A lo largo de la consulta, su madre logra que el niño repita alguna palabra, pero no se le escuchan frases simples.

La exploración física entra dentro de los parámetros de la normalidad, tanto desde el aspecto físico como en el desarrollo psicomotor, salvo el lenguaje. La otoscopia es normal. Sigue utilizando chupete, por lo que presenta una discreta malaoclusión dental. Por la noche se le oye “respirar fuerte”.

El niño tiene un desarrollo social y adaptativo adecuado a su edad.

A pesar de la “impresión” de que no va a tener problema auditivo, prefiere confirmarlo, por lo que se envía al especialista de ORL.

Consulta ORL

La exploración ORL no detecta ninguna anomalía, sin observarse secuelas de las otitis sufridas. Solicita una radiografía de cavum, en la que se observa una discreta impronta en la luz por leve hipertrofia adenoidea. La audiometría termina descartando posibles problemas auditivos.

Indica un antihistamínico por vía oral, se aconseja a la familia que visite a un logopeda, con el fin de realizar un exhaustivo estudio de la evolución de su proceso de adquisición del lenguaje.

Exploración logopédica

La logopeda lo visita y nos remite un informe: no existe alteración en los aspectos orgánicos (labios, lengua, paladar, dientes...). Su respiración, voz, audición, habla (no disfónica) e inteligibilidad de la misma son normales. Su entorno lingüístico es castellano.

- Sus primeras palabras aparecen después de los 2 años (en lugar de 12-18 meses).
- En estos momentos, su habla es silábica (monosílabos y bisílabos), telegráfica.
- Su articulación defectuosa, apenas inteligible para personas no familiares
- Sus frases son monosílabos y bisílabos acompañada de gestos. Usa pocos verbos y pronombres (yo, tu, mi).
- Lenguaje muy reducido con un bajo nivel de vocabulario.
- Su lenguaje comprensivo es muy superior al lenguaje expresivo (comprobado con un test de vocabulario).
- Su nivel fonológico se sitúa en 2 años y medio, no superando en ninguna prueba los tres años.
- Presenta un buen nivel de vocabulario comprensivo, intervalo de edades entre 4-1 y 4-6 con un percentil de 58-71.

Diagnóstico logopédico

Retraso simple del lenguaje, afectando a los niveles del lenguaje fonético, fonológico, léxico y pragmático. Su comprensión es la correspondiente a su edad cronológica.

Tratamiento

Indica realizar una estimulación del lenguaje en todas las áreas.

Debe suspender el uso del chupete.

La asistencia al colegio y compartir tiempo con sus iguales le favorecerá notablemente. A los padres se les indica unas pautas de comportamiento relacionadas con el lenguaje de su hijo.

Pronóstico

Debe ir hacia una mejoría creciente. De esa forma, se evitarán problemas lector-escritores.

**ALGORITMO:
TRASTORNOS
DEL LENGUAJE**

