

Trastornos del lenguaje



A.M. Redondo Romero*, J. Lorente Aledo**

*Pediatra. Centro de Salud Cabo Huertas. Alicante.

**Logopeda. Servicio Psicopedagógico Escolar (S.P.E. A-10). Novelda, Alicante.

Resumen

El lenguaje es una de las conductas primarias del ser humano, que se convertirá en la base de toda comunicación. El niño debe estar en condiciones óptimas desde el punto de vista neurológico, lingüístico y psicológico para poder adquirir y desarrollar el “lenguaje” y el “habla” con normalidad.

Este artículo empieza recordando las características del desarrollo normal del lenguaje infantil en las distintas etapas de su maduración. Luego se ofrecen algunas ideas para que el pediatra pueda explorar el lenguaje; se va a definir cual 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 conocerán los problemas que se van presentando cuando el niño tarda en hablar, si éste deja de hablar o habla mal, o bien cuando presenta otros trastornos. Luego se irán analizando los trastornos en la voz, del habla, del lenguaje oral o del escrito.

En las conclusiones, se hace un recordatorio de los distintos signos de alarma que pueden presentar, así como las derivaciones a otros especialistas que pueden ser necesarias.

Palabras clave

Voz; Habla; Lenguaje oral; Lenguaje escrito.

Abstract

LANGUAGE DISORDERS

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 2004;VIII(8):675-691.

INTRODUCCIÓN

En la era de comunicación por excelencia, vale la pena un análisis detallado del lenguaje humano, base de toda comunicación, para conocer sus trastornos y el enfoque terapéutico que podemos recomendar en cada caso.

El lenguaje es una de las conductas primarias para el ser humano, y será “la expresión en su máximo esplendor”.

La lengua humana está compuesta por un número limitado de signos sonoros (fonética), capaces de formar un considerable número de palabras (léxico) y mediante el cual la persona que la utiliza, que la habla, construye una serie ilimitada de frases. Gracias al lenguaje podemos expresar y recibir ideas, conceptos o estados afectivos; es un sistema (en forma de símbolos acústicos o gráficos) que

nos permite comunicarnos en nuestra sociedad, a unos con otros, etc., o sea, se convierte en mediador de la conducta.

El lenguaje, mejor vínculo para “aprender a aprender”, se manifiesta a través del habla (como acto individual) y se desarrolla con la lengua, instrumento de expresión de una comunidad lingüística.

Para que tenga lugar la comunicación verbal, son imprescindibles un agente emi-

TABLA I.
Condiciones necesarias para que el desarrollo del lenguaje pueda realizarse con normalidad en el niño

1. Que no presente lesiones en ninguno de los órganos fonarticulatorios
2. Que el sistema nervioso presente un correcto funcionamiento y haya alcanzado su madurez
3. Que su capacidad intelectual sea suficiente
4. Que desee hablar

El desarrollo de este lenguaje está en relación con la maduración del sistema neurosensorial y motor implicados, y con el desarrollo cognitivo, afectivo y social.

En los mecanismos que intervienen para poder adquirir y desarrollar el “lenguaje” y el “habla” con normalidad, actúan factores neurológicos, lingüísticos, psicológicos. El niño debe estar en condiciones óptimas para ello (Tabla I).

El papel insustituible del pediatra pasa por su implicación en la detección, en la orientación diagnóstica y en el enfoque terapéutico. Por su lado, el especialista en logopedia va a desarrollar su trabajo en la detección, en el *screening*, en el diagnóstico y, de forma muy espe-

cial, en la rehabilitación. Por ello, resulta tan necesario consensuar, entre ambos profesionales, criterios diagnósticos y de valoración de los problemas del lenguaje en los niños. Colaborar en la detección de estos problemas va a facilitar que el desarrollo del lenguaje de nuestros pacientes sea óptimo, ayudándoles en su socialización y, en el fondo, en el desarrollo sensorial, cognitivo y psicomotor.

DESARROLLO NORMAL DEL LENGUAJE

La adquisición y desarrollo del lenguaje implica aprender a combinar fonemas, palabras y oraciones comprensibles para los demás.

Además, se han de conocer y compartir los significados elaborados socioculturalmente por una determinada comunidad lingüística, y poder acceder al uso de las reglas gramaticales que estructuran convencionalmente las relaciones formafunción del lenguaje, así como al desarrollo morfológico, fonológico y sintáctico.

El primer problema al que nos enfrentamos es el de 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), cualidad 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 (Tabla II).

Las praxias

Las praxias son la organización de los movimientos más o menos complejos realizados para un determinado fin. En el área bucal, algunas están relacionadas con otras funciones, además de estarlo con la fono-articulación: deglución, soplo, producción de ruidos o *clicks* imitativos; mientras que, otras están directamente relacionadas con el lenguaje y son indispensables para su realización: estas son las praxias articulatorias (o fonéticas).

TABLA II.
Desarrollo lingüístico

Edad	Etapas	Expresión	Comprensión
Etapa prelingüística			
Nacimiento-4/6 semanas	Precusores prelingüísticos	<ul style="list-style-type: none"> • Emisión de gritos, sonidos vegetativos (bostezos, arrullos, suspiros, “ajo”, etc.) “casi vocálicos” 	<ul style="list-style-type: none"> • Capacidad para determinar entorno afectivo • Modificación de la succión al cambio de sonido
Nacimiento-12 semanas			<ul style="list-style-type: none"> • Se sobresalta ante los ruidos fuertes • Se despierta ante sonidos • Reflejo de parpadeo o mayor apertura de los ojos ante los ruidos
3-4 meses			<ul style="list-style-type: none"> • Se tranquiliza con la voz de la madre • Deja de jugar, escucha los nuevos sonidos • Busca la fuente de sonidos nuevos que no están a la vista
6 semanas-5 meses	Gorjeo o balbuceo no imitativo	<ul style="list-style-type: none"> • Juego auditivo-verbal (gorgeos) • Emisión vocales abiertas-consonantes • Entonaciones correspondientes a deseos 	<ul style="list-style-type: none"> • Actitud de entonación • Gorgea cuando se le habla (12 sem.)
5/6-10/12 meses	Lalación o balbuceo imitativo Es etapa clave del desarrollo lingüístico (5-10 meses)	<ul style="list-style-type: none"> • Emisiones fonéticas polisilábicas y/o bisilábicas • Emisiones tonales ascendentes (secuencias afirmativas) y descendentes (llamadas de atención) (6 meses) • Utiliza dos o más gestos asociados a conceptos verbales “se acabó” “más” 	<ul style="list-style-type: none"> • Vuelve la cabeza ante el sonido de una campanilla (6 meses) • Presta atención a su nombre • Comprende la palabra “no” • Responde a “dame, adiós”, etc. • Disfruta con los juguetes musicales

TABLA II.
(continuación)

Edad	Etapas	Expresión	Comprensión
Etapas lingüísticas			
10-18 meses	Asignación de nombres	<ul style="list-style-type: none"> • Monosílabos reduplicados con valor referencial "mamá", "papá" • Primeras palabras (función de expresar, designar y ordenar) (12-15 meses) • Pronuncia 20-25 palabras (18 meses) • Empieza a hablar con jerga (14 meses) • Palabra - frase (18 meses) 	<ul style="list-style-type: none"> • Progreso rápido • Comprende el significado de "adiós" • Cumple consignas simples
18-24 meses			<ul style="list-style-type: none"> • Conoce las partes del cuerpo • Un 50% del habla es inteligible para los extraños • Manipula objetos
18-36 meses	Combinación de palabras	<ul style="list-style-type: none"> • Lenguaje telegráfico • Abandona la jerga (24 meses) • Frases de 3 elementos (24-30 meses) • Frases de 4 elementos (30-36 meses) • Uso del pronombre "yo" (conciencia de identidad y autonomía) • Repite dos números consecutivos 	<ul style="list-style-type: none"> • Comprende mi, mío, tu • Responde a preguntas simples • Señala imagen de palabras sueltas (18 meses) y de frases (24-30 meses)
36 meses		<ul style="list-style-type: none"> • Utiliza suyo, mío • Repite tres números • Termina el aprendizaje fonético • Frase gramatical 	<ul style="list-style-type: none"> • Cuenta con un vocabulario expresivo de 500 palabras • Utiliza oraciones de 4 a 5 palabras • Un 80% del habla es inteligible para los extraños • Comprende algunos verbos
3-5/6 años	1ª expansión sintáctica	<ul style="list-style-type: none"> • Edad caracterizada por las preguntas (4 años) • Designa colores (4 años) • Enriquece el vocabulario y define palabras sencillas • Morfología y sintaxis adecuadas 	<ul style="list-style-type: none"> • Buen nivel comprensión (comprende cuentos e historias) • Realiza órdenes cada vez más complejas
> 6 años	2ª expansión sintáctica	<ul style="list-style-type: none"> • Perfección de los errores fonéticos que pudieran persistir • Complejidad gramatical cada vez mayor de un lenguaje maduro 	

El niño utiliza sus capacidades neuromotrices básicas del aparato fonatorio; por lo que, cuando ha reconocido un sonido del lenguaje, lo articula con la intención de reproducirlo, bien aisladamente, en sílaba o bien en palabra.

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 la textura en la alimentación.

Valoración de la funcionalidad de las praxias orofaciales

Conozcamos 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 lengua hacia arriba y a las comisuras de los labios, tener una deglución correcta, saber besar y hacer "morritos".
- **4 años:** hace una sonrisa con labios juntos y separados. Sabe 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. Hacer la mímica del llanto. Imitar esquemas vocálicos (a-o-u) en forma aislada.
- **5 años:** se muerde labio superior. Imita mímica de la sorpresa. Sabe sus-

pirar y escupir. Hace chasquido de la lengua, guiña un ojo e imita la tos. Secuencia en la articulación de /aoeui/. Vibración de labios.

- **6 años:** elevar las cejas. Sabe abrir la boca y cerrar los ojos. Expresión de enojo, arrugando la frente. Vibración de la lengua. Distender comisura derecha e izquierda. Llevar los labios hacia una comisura y otra

PROBLEMAS MÁS FRECUENTES DEL LENGUAJE

Hasta un 8-10% de los niños pueden presentar algún retraso, distorsión o interrupción en su desarrollo lingüístico normal.

TABLA III.
Ideas para explorar el lenguaje en la consulta

Lenguaje oral

- Lenguaje conversacional
- Lenguaje narrativo (se muestra un dibujo que debe explicar qué ocurre)
- Repeticiones
- Denominar objetos
- Lenguaje automático (hacer repetir series cortas de palabras, días de la semana, etc.)

Comprensión

- Comprensión auditiva: dar órdenes simples (cierra los ojos, mira hacia arriba, preguntas de sí o no)
- Comprensión escrita o lectura (lectura de letras, palabras, órdenes escritas, etc.)

Expresión escrita

- Palabras dictadas
- Escritura espontánea

En bastantes ocasiones, son los padres los que perciben que “el niño no habla, habla mal, etc.; otras veces, son los profesores quienes dan la voz de alarma. El pediatra extrahospitalario va a ser consultado al respecto o va a ser él mismo quien advierta, por primera vez, la posible anomalía durante los exámenes evolutivos regulares; en ocasiones, puede ser

el único problema, en otras será un síntoma dentro de un contexto más amplio y, a veces, una expresión precoz de problemas de aprendizaje posteriores. Por ello, es importante llegar pronto a un diagnóstico y utilizar diversas estrategias para conseguir que el niño hable espontáneamente en la consulta (cuentos, juguetes, etc.) y, una vez obtenidas las primeras impresiones, poder derivar al especialista adecuado (ORL, neuropediatra, psiquiatra infantil, logopeda, etc.) (Tablas III y IV).

El lenguaje se puede ver afectado en sus dimensiones (forma, contenido y uso) o en sus distintos niveles. En cuanto a la forma, se podría observar cuando afecta 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 utilización de los significados de las palabras (semántico); mientras que, el uso mide la adecuación al interlocutor, la calidad de interacción adulto-niño o el uso del lenguaje (pragmático-discurso).

Cualquier anomalía observada en el habla puede dar lugar a un trastorno de la fluidez o ritmo del habla (disfemia, dis-

fonía, afonía, etc.), de la codificación (capacidad para poder expresar deseos, ideas y pensamientos) o decodificación (capacidad para comprender, como deficiencia mental, autismo, etc.) o en la retroalimentación para la adquisición de un lenguaje adecuado y una posterior comunicación (déficit auditivo, etc.).

Como observamos en el algoritmo final, las alteraciones que se producen en el lenguaje pueden 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 deficiente auditivo, parálisis cerebral, déficit mental o autismo.

Nos centramos pues en VOZ, HABLA y LENGUAJE (trastornos que pueden ser temporales o permanentes).

TRASTORNOS EN LA VOZ

La disfonía y la afonía pueden ser temporales o permanentes y, en muchas ocasiones, habrá que consultar a otro especialista.

TABLA IV.
Motivos 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 (RSL)	Afasia	Tartamudez	En el lenguaje escrito (dislexia, disortografía, disgrafía)
Trastorno específico del lenguaje (TEL) o disfasia (TDL)	Mutismo selectivo	Disartria	Trastorno semántico-pragmático (en TA, hidrocefalia y síndromes de Asperger y Williams)
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, etc.)	
Gemelaridad			
Bi-trilingüismo			
Hijo de padres sordomudos			
Deprivación social			

Disfonía

Es una alteración de la voz en cualquiera de sus cualidades (intensidad, tono, timbre) debidas a 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 (lesiones cerebrales, malformaciones, parálisis, factores endocrinos), inflamatorias (laringitis aguda o crónica) y traumáticas (lesiones por heridas, quemaduras, radioterapia, intervenciones quirúrgicas, etc.).
- Funcionales, debidas a 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.

Debemos citar también en este cuadro, 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 “sí” emitidos en inspiración. De la misma forma, es necesario señalar que todas las enfermedades con repercusión laríngea (tan frecuentes en esta edad), así como el asma y la bronquitis, aumentan la disfonía.

Diagnóstico diferencial: se podrá hacer mediante la exploración laringoscópica, lo que permite diferenciar la disfonía funcional infantil de las disfonías de origen orgánico.

Afonía

Es la pérdida total de voz.

Las causas hay que buscarlas en un estado inflamatorio agudo, un traumatismo, en parálisis laríngeas o por un mal uso respiratorio y vocal.

Papel del pediatra ante los trastornos de la voz: ante la persistencia del cuadro habrá que derivar al ORL y posteriormente al foniatra o logopeda para su rehabilitación.

Consejos a la familia (puede darlos el pediatra en un primer momento antes del terapeuta de la voz).

El uso de la voz va en aumento durante toda nuestra vida; es el vehículo del mensaje oral y en ella radica la carga excesiva de la comunicación, lo que la hace inductora de grandes repercusiones psicosociales, siendo por ello muy importante su cuidado.

1. Conseguir un ambiente relajado en casa.
2. Evitar ambientes ruidosos que obligan a hablar a intensidades de voz altas.
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, etc.).

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 (foniatra, logopeda) para iniciar el tratamiento adecuado.

TRASTORNOS EN EL HABLA

Pueden ser secundarios a problemas relacionados con la articulación o con la alteración en la fluidez del habla. Entre los primeros, estarán las dislalias (alteraciones en la articulación de los fonemas), el retardo del habla o las disartrias (trastornos en la pronunciación); entre los segundos, la disfemia o trastorno en la fluidez verbal y el ritmo.

Por la articulación del habla

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

Dislalias

Son alteraciones en la articulación de los fonemas, que pueden ser:

Dislalia evolutiva o fisiológica

Hay una fase en el desarrollo del lenguaje en la que el niño/a no articula bien o distorsiona algunos fonemas; a estos errores se les llama dislalias evolutivas. Normalmente, desaparecen con el tiempo, no es necesario una intervención profesional. Suele producir ansiedad a padres que piensan que es un retraso y se les debe aconsejar que hablen despacio y claro a su hijo, abandonando los patrones de persistencia de lenguaje infantil (chicha: carne; miao: gato; guagua: perro, etc.).

Dislalia audiógena

Etiológica. Es un trastorno en la articulación de los fonemas producida por 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 (disglasias)

Es un trastorno de la articulación de los fonemas por alteraciones de los órganos periféricos del habla y de origen no neurológico central.

Etiología

- Malformaciones osteomusculares del aparato bucofonador.
- Traumatismos graves ocurridos en edades tempranas de la niñez (labio leporino, fisura palatina, brevedad velopalatina, macroglosia, malposiciones dentarias y de los maxilares, etc.).

Tipos: las más comunes son:

- **Labiales:** debidas a una alteración de la forma, movilidad, fuerza o consistencia de los labios. Etiología (labio leporino unilateral, bilateral o medio, parálisis facial, frenillo labial superior hipertrófico, macostomía (alargamiento de la hendidura bucal, etc.).
- **Linguales:** alteración en la articulación de los fonemas por un trastorno orgánico de la lengua. Etiología (frenillo, parálisis, glosectomía o quemadura de la misma, macroglosia, etc.).
- **Mandibulares:** alteraciones de los fonemas causados por deformación de uno de los maxilares.
- **Palatinas:** alteración de los fonemas causados por alteraciones orgánicas del paladar óseo o del velo del paladar (fisura palatina, malformación congénita en la cual las dos mitades del paladar no se unen en la línea media).

Dislalia funcional

Es un trastorno funcional de los órganos periféricos del habla, permanente (incluso en repetición de fonemas aislados) en la emisión de un fonema/as sin que existan defectos anatómicos, neurolingüísticos, parálisis, etc. que lo puedan justificar en un niño de más de 4 años.

Los síntomas o “errores dislálidos” más frecuentes pueden ser: sustituciones, adiciones, omisiones de fonemas, distorsiones 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.

TABLA V.
Etiología de
las disartrias

<i>Causas</i>	<i>Siempre de origen orgánico</i>
Prenatales	Embriopatías (de 0 a 4 meses de embarazo) Fetopatías (de 4 a 9 meses de embarazo)
Perinatales	Anoxia por parto prolongado Niños hipermaduros Cesáreas demoradas
Postnatales	Meningitis o encefalitis Deshidrataciones Enfermedades metabólicas

Etiología

- Falta de control en la psicomotricidad fina.
- Déficit en la discriminación auditiva.
- Errores perceptivos e imposibilidad de imitación de movimientos.
- Estimulación lingüística deficitaria.
- De tipo psicológico (sobrepotección, traumas, etc.).
- Deficiencia intelectual.

Papel del pediatra ante una dislalia:

descartar problema orgánico de articulación y derivar a especialista correspondiente.

Inmadurez articulatoria (retardo del habla)

Es un trastorno que se refiere a dificultades fonológicas; es decir, que afecta a la pronunciación de palabras y frases, a pesar de una correcta articulación de fonemas y sílabas.

Se considera problema a partir de los 4 años y anómalo si permanece más allá de los 5 años. Puede presentarse aisladamente o acompañada de dislalias. Es un trastorno fonológico (el niño es capaz de articular /ka/ke/ki/ko/ku/ y, sin embargo, produce /titate/ en lugar de "quírate").

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

Son trastornos en la pronunciación debidos a una afectación de las vías centrales, nervios craneales o grupos musculares que intervienen en los patrones motores articulatorios (Tabla V).

Tipos:

- Disartrias de los diferentes tipos de parálisis infantil.

- Disartrias que no se acompañan de problemas neurológicos graves.

Papel del pediatra en la disartria:

descartar patología etiológica y derivar al especialista correspondiente y al logopeda.

Por la fluidez del habla

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.

Este problema se suele presentar en la infancia, como:

- *Taquifemia (o farfulleo):* 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.
- *Tartamudez (o espasmogenia):* 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 fonarticulatorios y la presencia de espasmos musculares en los distintos puntos de la cadena productiva del habla (diafragma, glotis, lengua, labios, etc.).
- *Disfemia fisiológica y evolutiva:* aparece entre los 3-4 años y, 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.

Podemos distinguir varias **formas** según:

- El enganche con fonema (tónica).
- El enganche con sílaba (clónica).
- Se combinan las dos anteriores (mixta).

Etiología: como posibles causas desencadenantes, podemos citar:

- Herencia.
- Sexo (75% de varones tartamudos, respecto a mujeres).
- Trastornos de la lateralización (y zurdos contrariados).
- Trastornos neurológicos.
- Trastornos en la estructuración temporoespacial.
- Alteraciones lingüísticas.
- Alteraciones psicológicas (ansiedad, depresiones, miedos, inestabilidad emocional, sentimientos de inferioridad, etc.).

Para padres y educadores: ante una disfemia

1. No reaccionar mal ante la persona que tartamudea. No manifestar síntomas (verbal y no verbal) de impaciencia o ansiedad.
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. Procurar dormir las horas necesarias.
11. En ningún momento se debe cultivar la ansiedad. "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, "espirar" 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 espirar 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; p. ej.: baile, dibujo, música, etc.
12. Hacer gimnasia y deporte como el 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).

Papel del pediatra en la disfemia:

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

Orientar a padres, educadores y disfémicos.

TRASTORNOS EN EL LENGUAJE ORAL

Puede ir desde el niño que no habla a la edad en que los otros niños de su edad sí lo hacen, pasando por el retraso simple del lenguaje, la disfasia o llegando a la afasia.

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.

La ausencia del lenguaje ha sido confundida con otras alteraciones lingüísticas (Perelló, 1979) y muestra un diagnóstico diferencial del mutismo con diversas patologías. 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 representaría 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 presentarse. 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".

Si el niño a los 30 MESES NO HABLA, es importante discriminar

- 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 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, etc.)

TABLA VI. Valoración del niño que no habla

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

Launay (1989) añade una clasificación, según el contexto mental:

1. *Mutismo neurótico*: parcial o efectivo, que persiste más allá de los 6 años, o total en casos excepcionales.
2. *Mutismo psicótico*: de 3-6 años; se parece al autismo, pero puede estar ocasionado por un incidente febril o una separación temporal de su medio. Entre 6 años y la pubertad es un problema de tipo psiquiátrico, con incapacidad de relación con los demás.

Etiología:

- Sobreprotección familiar.
- Falta de estimulación lingüística.
- Exigencias de los padres, exceso de preocupación.
- Trastorno familiar: divorcio, muerte de un familiar, etc.
- Situaciones de bilingüismo mal integrado en ambientes lingüísticamente pobres.
- Déficit lingüístico hereditario, sobre todo de memoria auditiva.
- Incapacidad comunicativa específica, inhibición motora, etc.

Papel del pediatra ante un niño que no habla: las unidades de neuropediatría y psiquiatría infantil será quienes consideren si precisa estudios complementarios o la intervención de logopeda, para realizar la estimulación temprana (Tabla VI).

Retraso simple del lenguaje (RSL)

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

Pautas cualitativas:

- Aparición de las primeras palabras después de los 2 años (en vez de 12-18 meses).
- 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 límite 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 atención, memoria y función grafomotora.

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

Disfasia o trastorno específico del desarrollo del lenguaje (TDL)

Los niños con "TDL" o "disfasia" forman un grupo heterogéneo, cuyo denominador común es su "sistema de lenguaje" que, por una u otra razón, no se corresponde con sus capacidades cognitivas.

Algunos autores prefieren decir que es un "trastorno primario y específico del lenguaje oral ligado al desarrollo", para diferenciarlo de los "trastornos secundarios del lenguaje", debidos a una hipocusia, causas metabólicas, neuromusculares o consecutivas a una lesión cerebral postnatal; mientras que, el término específico se refiere a que las funciones motrices, sensoriales y cognitivas son nor-

males o por lo menos superiores al lenguaje oral.

El retraso cronológico en la adquisición del lenguaje es importante y presenta dificultades específicas para la estructuración del mismo, produciendo así conductas verbales anómalas (agramatismos, o la construcción de enunciados complejos sin nexos y sin marcadores en los verbos).

El disfásico suele presentar una evolución que no respeta siempre el orden y las etapas del desarrollo normal, lo que puede ser el elemento diferenciador principal respecto a R.S.L.

Características o 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 neuropediatra y psiquiatra infantil, encargándose la unidad de logopedia de la rehabilitación del lenguaje.

Afasia

Es la ausencia del lenguaje.

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: normalmente, cursa con lesiones cerebrales precoces (evidenciables o no) o con disfunciones congénitas más o menos específicas.

Adquirida

Es una pérdida total o parcial del lenguaje en niños menores de 10 años.

Etiología: una lesión cerebral adquirida, detectable o no (generalmente a consecuencia de un traumatismo craneal o

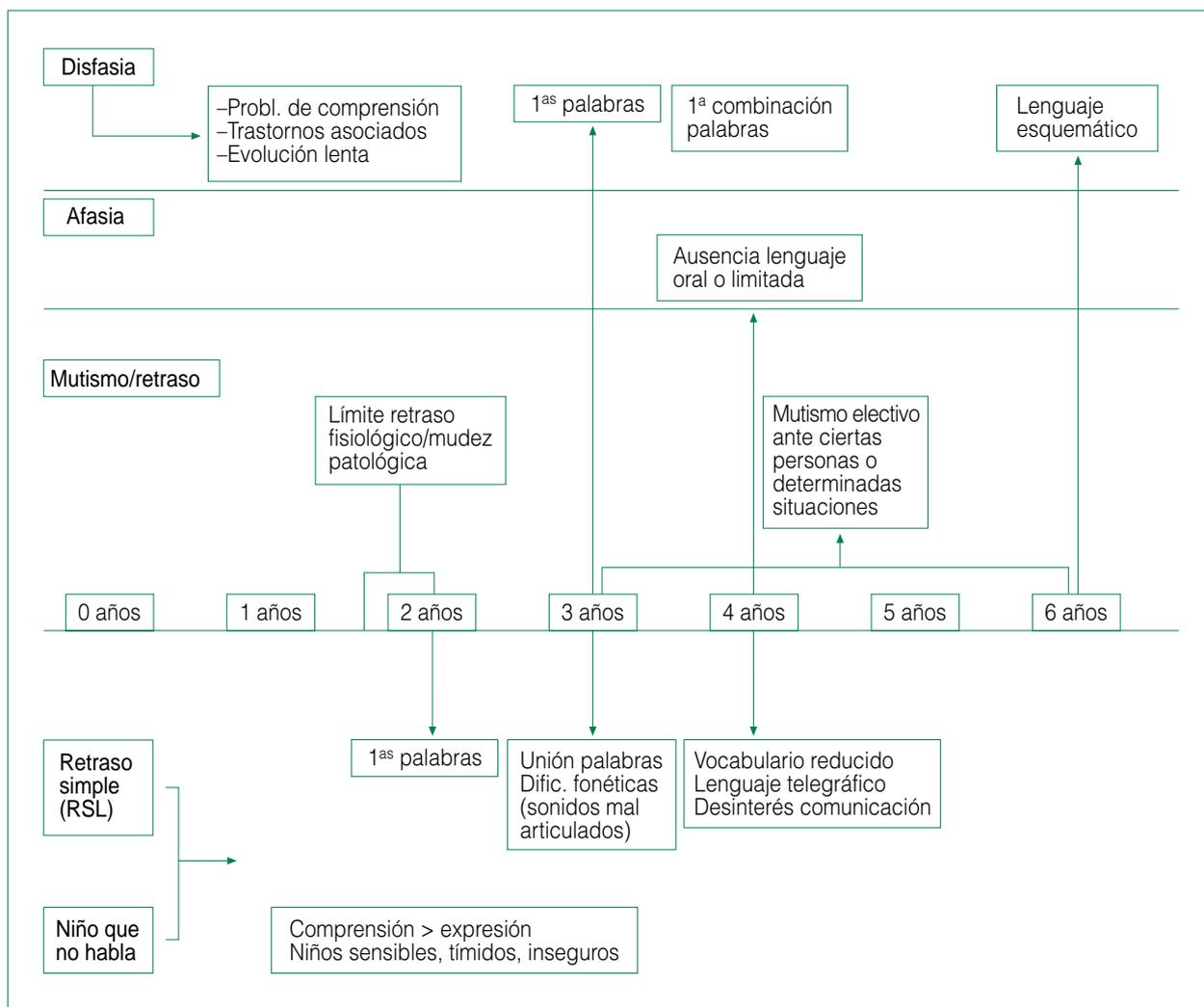
algunas enfermedades, como la meningitis) que afecta a áreas relacionadas con algún aspecto del lenguaje.

Papel del pediatra ante un cuadro de afasia: la valoración será por neuropediatra y psiquiatra infantil y logopedia se encargará de la rehabilitación del lenguaje.

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-anexo).
2. Proporcione al niño diferentes objetos y juguetes y explíquele para qué sirven los colores, los tamaños, etc.
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 disponga 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, etc.
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 (Fig. 1).

FIGURA 1.
Trastornos en el lenguaje oral



TRASTORNOS DEL LENGUAJE ESCRITO

La escritura y la lectura suelen ser estrategias complejas, aunque la mayoría de niños y niñas, con un grado de madurez determinado y con un ambiente pedag3gico favorable, aprenden a leer y escribir sin dificultad. Dislexia, disgrafía y disortografía son las alteraciones más comunes.

Para un dominio ortográfico completo y para una lectura correcta y comprensiva, es preciso que el sujeto decodifique –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 (Tabla VII).

Detección:

- Dificultad para la distinción y memorización de letras o grupos de letras, falta de orden y ritmo en la colocación.
- Mala estructuración de las frases.

Tipos de dislexia:

- *Evolutivas, específicas o de desarrollo:* se refieren a aquellos niños que presentan una dificultad para el aprendizaje, manifestándose como consecuencia de un defecto de maduración específico, con las siguientes características:
 - Inteligencia normal o superior.
 - Escolaridad normal.
 - Ausencia de problemas psicológicos importantes y de daño cerebral.
- *Secundarias o sintomáticas:* presentan las mismas características, pero van asociadas a un trastorno neurológico comprobable.

Disortografía

Es un trastorno específico de la escritura, sin que tales errores se produzcan en la lectura. Es el “conjunto de errores de la escritura que afectan a la palabra y no a su trazado o grafía” (García Vidal, 1989).

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

Detección: a través de la escritura (p. ej.: boda/doba).

Etiología:

- Causas de tipo perceptivo (b/v, p/q, b/d, etc.).
- Causas de tipo intelectual (déficit o inmadurez intelectual).
- Causas de tipo lingüístico (problemas de lenguaje, dificultad articular).

TABLA VII.
Indicadores
de posibles
dislexias

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

- d. Dificultades de tipo afectivo-emocional (bajo nivel de motivación).
- e. Causas de tipo pedagógico (método de enseñanza inadecuado).

Disgrafía

Desde un enfoque funcional, hablaríamos de: "trastornos de la escritura que surgen en los niños y que no responden a lesiones cerebrales o a problemas, sino a trastornos funcionales, que afectan a la calidad de su escritura, en el trazado o la grafía".

Para poder hacer un diagnóstico de la misma, 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: el niño 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.

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

Etiología:

1. Causas de tipo madurativo:
 - Trastornos de lateralización (ambidextrismo y zurdería contrariada).
 - Trastornos de eficiencia psicomotora (niños con motricidad débil, niños con ligeras perturbaciones del equilibrio, niños inestables).
 - Niños con trastorno de esquema corporal.
2. Causas como:
 - Factores de personalidad.
 - Factores psicoafectivos.

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

El número de casos es mayor en los niños (6/4) que en las niñas.

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

Se debe valorar la existencia de un trastorno orgánico (visuales, auditivos, de la motricidad; retardo general del desarrollo corporal, etc.) y plantearse la derivación a distintos especialistas: oftalmólogo, O.R.L., 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, etc.
- Estimular el garabato con la intención de dibujar o escribir algo.
- Utilizar varias maneras de ayudarse a leer una historia, como leer de nuevo, predecir lo que va a suceder, hacer preguntas o usar pistas que hay en los dibujos, etc.

SIGNOS DE ALARMA EN EL LENGUAJE

(Tabla IX, Fig. 2)

<i>Lenguaje oral</i>	<i>Lenguaje escrito</i>
<ul style="list-style-type: none"> • 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 	<ul style="list-style-type: none"> • Transituacional. Permanece, es revisable • Requiere aprendizaje y uso consciente y deliberado de sus reglas. Es lento • Se aprende en contexto didáctico • Se ajusta a la sintaxis convencional • Puede producirse en ausencia de interlocutor, incluso dirigirse a uno desconocido, por eso debe ser explícito, completo y correcto • Orientado hacia la tarea

TABLA VIII.
Algunas diferencias entre lenguaje oral y el escrito

<p>0-3 meses</p> <ul style="list-style-type: none"> • No respuesta refleja ante un sonido (parpadeo, agitación, quietud, despertar) • No le tranquiliza la voz de la madre • Emite sonidos monocordes <p>3-6 meses</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 <p>6-9 meses</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ausencia de monotonía en el balbuceo • No vocaliza para llamar la atención • No juega imitando gestos que acompañan a canciones infantiles (“los lobitos”, etc.), o sonríe al reconocerlas • No dice adiós con la mano cuando se le indica <p>9-12 meses</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 <p>12-18 meses</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 <p>18-24 meses</p> <ul style="list-style-type: none"> • No presta atención a los cuentos • Que no sea 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 <p>3 años-3 años y medio</p> <ul style="list-style-type: none"> • Que su habla no pueda ser entendida por personas fuera de su núcleo familiar • No repite frases • No contesta a preguntas sencillas 	<p>TABLA IX. Signos de alarma en el lenguaje</p>
--	---

TABLA IX.
(continuación)

3 años y medio-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, etc.)
- 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 (disonmia)
- 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)

FIGURA 2.
Sugerencias para prevenir los trastornos del lenguaje

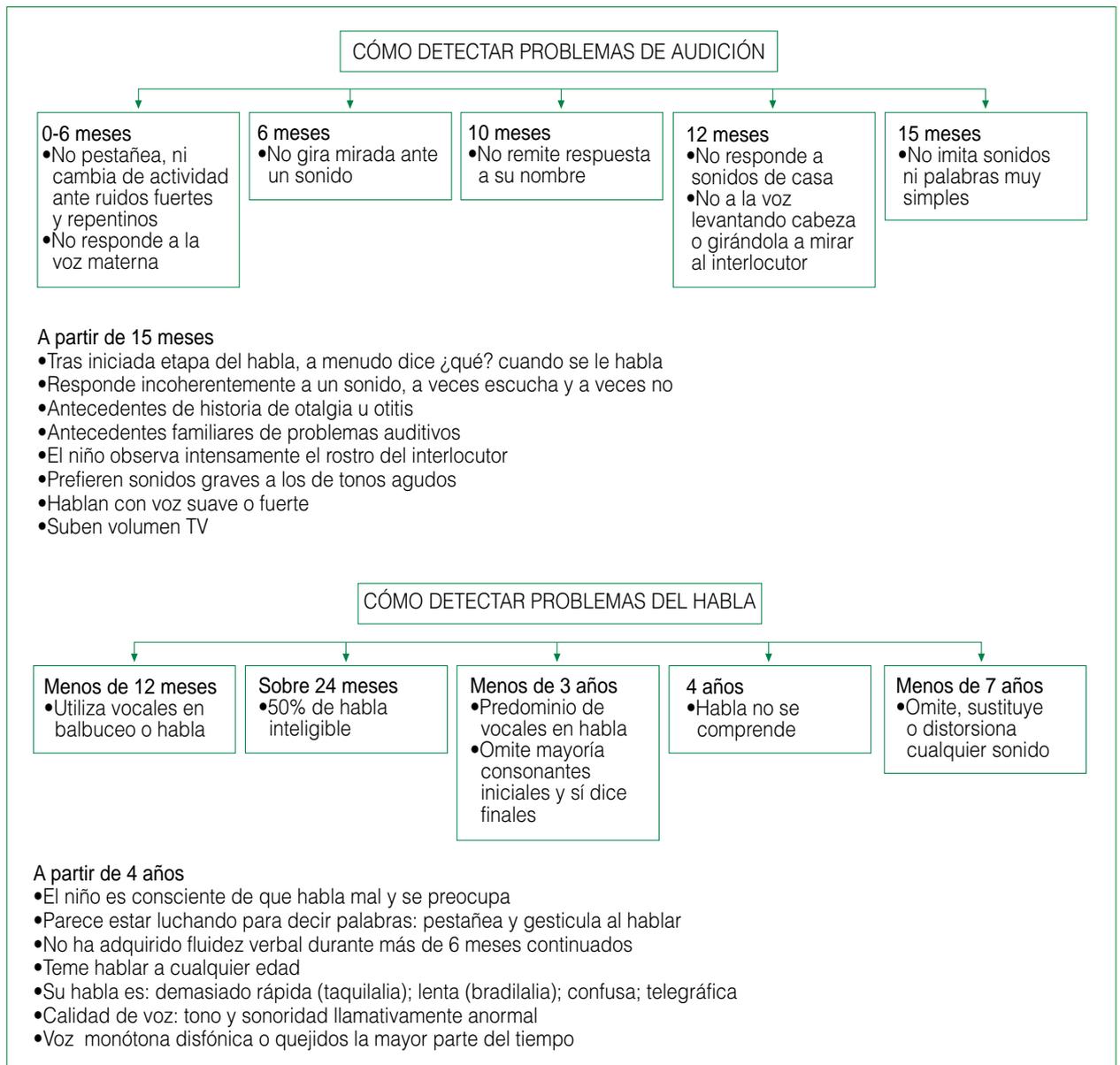
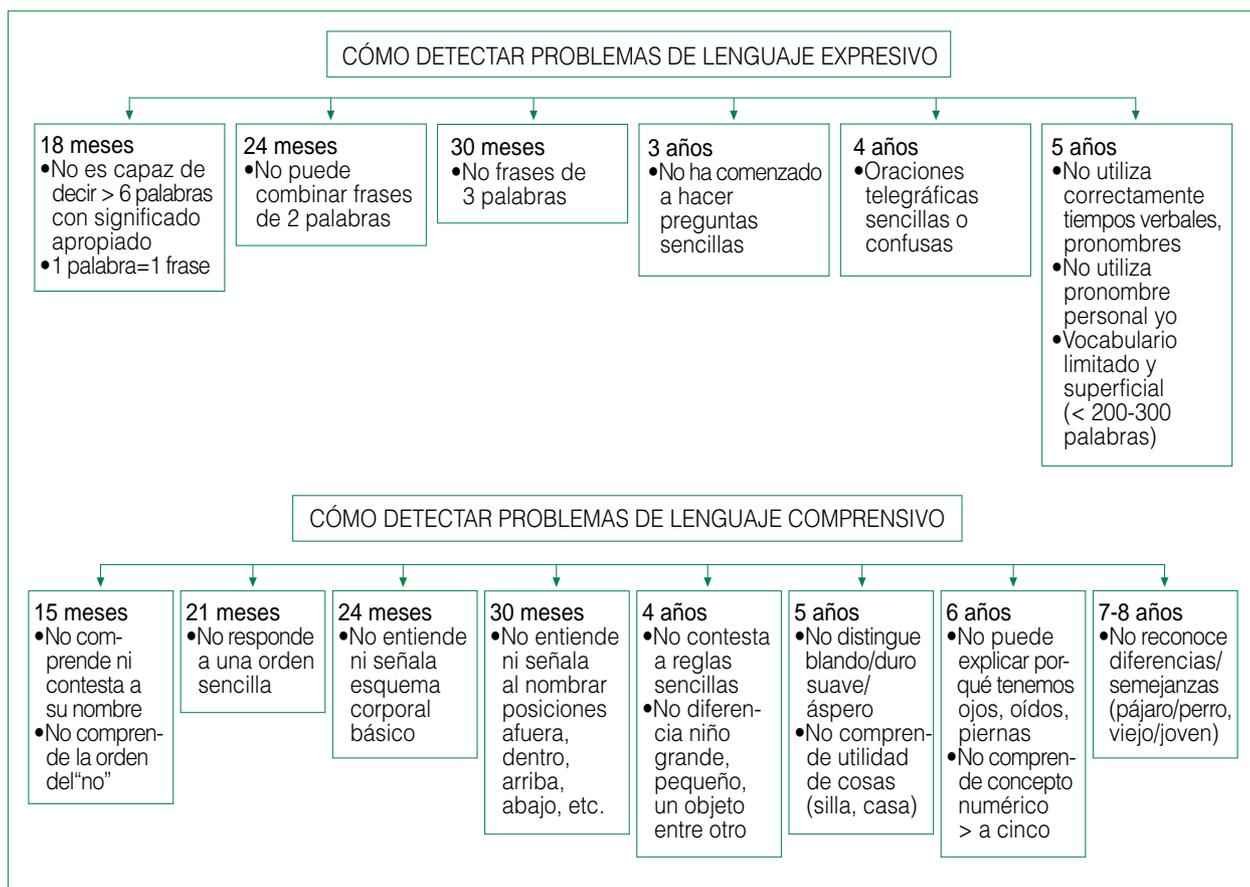


FIGURA 2.
(continuación)



CONCLUSIONES (Tabla X)

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 suponen 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.

- Intensidad vocal algo más alta.
- Mayor repetición de los enunciados.
- Simplificación del lenguaje cotidiano.

El niño personifica a la madre, que es el primer interlocutor del lenguaje y este lenguaje de la madre tendrá unas características especiales, será un "lenguaje modulado", modelo idóneo que se debe establecer en el entorno lingüístico del niño.

El modelo de lenguaje materno es, sin duda, el más eficaz para que un niño adquiera el lenguaje oral.

- Enunciados lentos.
- Marcando pausas más frecuentes y más largas.
- Pronunciar 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.

Síntomas	Trastornos más frecuentes	Derivación
<ul style="list-style-type: none"> • El niño habla apenas o no habla: <ol style="list-style-type: none"> Comprensión del lenguaje relativamente buena Comprensión del lenguaje mala (notoria a partir de los 2 años) • Consonantes aisladas o varias consonantes: <ol style="list-style-type: none"> Quedan ausentes Son reemplazadas por otros sonidos o Son articulados erróneamente (hasta 4-5 años no debe preocupar) 	<ul style="list-style-type: none"> • Retraso en el desarrollo del lenguaje • Alalia (ausencia de lenguaje-mutismo) • Balbuceo, dislalias 	<p>Pediatra, ORL, logopeda</p>

TABLA X.
Conclusiones

TABLA X
(continuación)

<ul style="list-style-type: none"> El niño habla sólo oraciones demasiado cortas, incompletas o mal estructuradas (hasta 5-6 años no preocupar) 	<ul style="list-style-type: none"> Disgramatismo, agramatismo 	Neuropediatra/psiquiatra, logopeda
<ul style="list-style-type: none"> Pronunciación dura "espástica" con movimientos exagerados de la musculatura articular en parálisis cerebrales Enlentecimiento de la expresión 	<ul style="list-style-type: none"> Disartria Disartria hipotónica (bradilalia-habla lenta) Disartria hipertónica Anartria (falta de articulación oral) 	Neuropediatra, logopeda, psicólogo
<ul style="list-style-type: none"> Dinámica desordenada del lenguaje Solo sonidos inarticulados 		
<ul style="list-style-type: none"> El niño: <ol style="list-style-type: none"> El niño no comprende palabras aisladas o el lenguaje global El niño ya no habla El niño ya no habla ni comprende 	<ul style="list-style-type: none"> Afasia sensorial (Wernique) Afasia motora (Broca) Afasia total 	Neuropediatra, logopeda, psicólogo
<ul style="list-style-type: none"> El niño: <ol style="list-style-type: none"> Sólo habla en una situación determinada (personas) Ya no habla 	<ul style="list-style-type: none"> Mutismo electivo Mutismo total 	Psicólogo, logopeda
<ul style="list-style-type: none"> El niño tartamudea (fluencia alterada) 	<ul style="list-style-type: none"> Tartamudez, balbuceo 	Psicólogo, logopeda
<ul style="list-style-type: none"> El niño habla atropelladamente, "atragantándose", "alterado", calladamente 	<ul style="list-style-type: none"> Farfulleo (diagnóstico diferencial: tartamudeo/disfemia), a menudo problema del desarrollo (3-4 años) 	Psicólogo, logopeda

BILIOGRAFÍA

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

1.*** Casas Fernández C. Trastornos instrumentales y funcionales del habla. *Pediatr Integral* 1999; (supl. 2): 42-8.

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

2.*** Carbona J, Chevrie-Muller C. El lenguaje del niño. Desarrollo normal, evaluación y trastornos. Barcelona: Masson; 1992.

Es un manual completo sobre todas las logopatías. Su contenido es sobre las bases neurológicas, psicolingüísticas, neuropsicológicas, exámenes psicofisiológicos y patológicas 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. Madrid: Cepe SL; 1994.

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 distorsionada de comunicación a través del aparato vocal.

4.*** Frostig, Müller. En: Discapacidades específicas de aprendizaje en niños. Detección y tratamiento. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana SA; 1993.

El objetivo de este libro es aclarar la problemática de los niños discapacitados y llamar la atención sobre aquellos profesionales que están en contacto con ellos, es decir, pediatras, maestras de escuelas infantiles, psicopedagogos, pedagogos sociales, psicólogos, terapeutas (logopedas, etc.) y maestros, a fin de sensibilizarlos y brindarles los conocimientos de que se dispone hoy acerca de las discapacidades específicas.

5.*** Gallardo Ruiz JR, Gallego Ortega JL. Manual de logopedia escolar. Málaga: Aljibe; 1995.

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, etc. Sus autores, de carácter multidisciplinar (psicólogos, logopedas, pedagogos o médicos), tienen amplia experiencia a nivel de las necesidades educativas especiales en el ámbito escolar.

6.* Jovani R, Mateo Roda A, Pérez ME, Carvajal C. Materiales y recursos de audición y lenguaje. Consejos generales del MARAL; 2000.

Numerosos y sencillos tests y encuestas para la valoración de la audición y el lenguaje.

7.** Mackonochie A. Guía práctica de la evolución mes a mes del primer año de 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.

8.** Monfort M, Juárez A. El niño que habla. El lenguaje oral en preescolar. Madrid: Cepe, SL; 1987.

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.

9.*** Montilla Bono J. Trastornos psicolingüísticos del lenguaje. *Pediatr Integral* 1999; (supl. 2): 53-6.

Detallada orientación de los trastornos psicolingüísticos del lenguaje.

10.*** Narbona García J. Trastornos neuropsicológicos del lenguaje. *Pediatr Integral* 1999; (supl. 2): 49-52.

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

11.*** Nieto Barrera M. Trastornos del lenguaje. Desarrollo del lenguaje. Clasificación de los trastornos. *Pediatr Integral* 1999; (supl. 2): 38-41.

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

12.**** Palacios J, Marchesi A, Coll C. Desarrollo psicológico y educación. I. Madrid: Alianza Editorial. Psicología.

Los tres volúmenes que componen la obra presentan el estado actual de los conocimientos en tres ámbitos muy relacionados entre sí: la psicología evolutiva, la psicología de la educación y el ámbito de las necesidades educativas especiales y aprendizaje escolar. Es una obra de excepcional importancia para lectores, desde estudiantes hasta profesionales relacionados con el mundo de la infancia, la juventud y la educación.

13.**** Rivas Torres RM, Fernández Fernández P. Dislexia, disortografía y disgrafía. Madrid: Pirámide; 1994.

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.

14.** Rosell Clari V. P.E.L.O. (E.I) Programa de estimulación del lenguaje oral en educación infantil. Málaga: 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 di-

ficultades relacionadas con el desarrollo del lenguaje oral y posibles dificultades que pudieran aparecer en la lecto-escritura

15.**** Soprano AM. La hora del juego. Lingüística, disfasias, afasias, autismo, evaluación, orientación. Argentina: Belgrano; 1997.

Desarrolla una técnica de aplicación clínica, simple y rápida a través de "hora del juego" lingüística para observar las características del desarrollo del lenguaje y de la comunicación de un niño, además de proporcionar un panorama sintético de los principales trastornos del lenguaje en la infancia y el encuadre general de la consulta neurolingüística.

16.*** Sasot Llevadot J, Moraga Llop F, Ibáñez Bordas 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.

17.**** Sos Abad A, Sos Lansac ML. Logopedia práctica. Madrid: Escuela Española; 1997.

Esta obra ofrece unos conocimientos elementales, básicos y prácticos de una logopedia actualizada, interdisciplinar y más humana. Incluye método completo de desmutización, vocabulario básico de logopedia y son 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 Eguiluz y Francisco Ramos.

18.* Valverde AM, García JA, Pérez A. El alumno con dislalia funcional. Detección y tratamiento. Madrid: 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.

19.*** Zambrana N, González T, Dalva Lopes L. Logopedia y ortopedia maxilar en la rehabilitación orofacial. Tratamiento preventivo. Terapia miofuncional. Barcelona: Masson; 2003.

Es una obra donde se relacionan la ortodoncia y la logopedia mediante una recopilación de artículos de la literatura específica. Resalta temas de importancia para ambas áreas, como el desarrollo de la dentición y de las funciones orofaciales, la terapia miofuncional o el crecimiento facial y la oclusión dentaria.

20. <http://educación.upa.cl/diversidad/lenguaje.htm>
21. http://ceril.cl/P3_DDA.htm
22. http://www.cnice.mecd.es/recursos2/orientación/01apoyo/op06_f.htm
23. <http://anlivi3.galeon.com/tipos.htm>
24. rincondelvago.com/desarrollo-del-lenguaje
25. meditex.es/usuarios/PrevInfad/retraso-EyL
26. psicologoinfantil.com/traslengu.htm
27. <http://www.neurorehabilitacion.com/Trastornos%20del%20lenguaje.htm>

Caso clínico

Historia actual y antecedentes personales: niño de 3 años y 11 meses, escolarizado en escuela infantil. Acude a la consulta pediátrica con la preocupación de los padres de que su habla puede llevar un retraso (les comentan las profesoras que apenas le entienden, comparándolo con los niños de su misma edad).

Antecedentes familiares: no significativos.

Exploración física: el pediatra observa la evidencia del retraso del niño en su lenguaje.

Es un niño sobreprotegido por los padres, debido al trabajo de los mismos; en su poco tiempo para compartir le consienten y le dan todo lo que quiere, sin necesidad de estimular su lenguaje, dicen que ellos “entienden lo que el niño les dice”.

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

Controla esfínteres y sus hábitos de autonomía personal van avanzando (se lava y colabora al vestirse aunque le ayuda la madre, está en un período de aprendizaje).

A pesar de la “impresión” de que no tiene problema auditivo, prefiero confirmarlo por lo que se deriva al especialista de ORL.

Consulta por ORL: a pesar de los frecuentes cuadros de otitis seromucosas que ha presentado, la exploración ORL no orienta sobre ningún diagnóstico concreto. Se solicita 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.

Además de indicar 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: no existe alteración en los aspectos orgánicos (labios, lengua, paladar, dientes, etc.).

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 (numerosas dificultades fonéticas: omisiones, sustituciones distorsiones, etc.).
- 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 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.

Exploraciones complementarias: se solicita estudio psicológico de los aspectos intelectuales y cognitivos del niño y los resultados son de un cociente de desarrollo de 100, en la escala de “Brunet Lezine”, lo que ayuda a confirmar el diagnóstico logopédico.

Diagnóstico logopédico: retraso simple del lenguaje (RSL) afectando a los niveles del lenguaje fonético, fonológico, léxico y pragmático. Su comprensión (nivel semántico) es la correspondiente a su edad cronológica.

Tratamiento: conviene realizar una estimulación del lenguaje en todas las áreas, su mejoría debe ser creciente y

una resolución total a los 6-7 años máximo, para evitar problemas lecto-escritores. Se prepara un programa de estimulación del lenguaje para el paciente, en todas las áreas que afecta el desarrollo del mismo.

- *Pre-lingüístico:* ejercicios de praxias orofaciales, atención, memoria, discriminación visual y auditiva, ritmo, comprensión e imitación de gestos. Conocimiento del esquema corporal.
- *Anatómico-funcional:* capacidad de relajación, respiración, soplo (intensidad, dirección y duración), imitación de praxias faciales (susto, risa, sorpresa) y de lengua, labios, mejillas, mandíbulas, velo del paladar. Ejercicios respiratorios (respiración diafragmática), etc.
- *Fonético-fonológico:* discriminación fonológica, emisión de la cadena fonemática y asociación a sílabas y palabras, onomatopeyas, análisis y síntesis auditiva, ejercicios de memoria auditivo-visual, etc.
- *Léxico-semántico:* comprensión y expresión del vocabulario básico (identificar en la realidad e imágenes), órdenes simples, etc.
- *Morfo-sintáctico:* conseguir un desarrollo adecuado en la estructuración de la frase adecuada a su edad cronológica.
- *Pragmático:* saludos, despedidas, contestar preguntas, hacer demandas, expresión de deseos y necesidades, seguir una conversación respetando el turno, solicitar información, describir, narrar, imaginar situaciones, etc. Ejercicios para aumentar la fluidez verbal (potenciar la interacción comunicativa y adquirir las habilidades básicas de comunicación social).

Se le proporciona información y orientación a los padres, solicitando de ellos su colaboración en las pautas de conducta y estimulación del lenguaje sugeridas.

