

## ARTÍCULOS CIENTÍFICOS. EQUIPO IMEDBA - CIE

### Consejo de Publicación

DIRECTORA DE PUBLICACIONES	DRA. JAQUELINA CATALDI
COMITÉ EDITORIAL	DRA. MELINA PORPORATO DRA. ANA MARÍA PANIZZA
EDICIÓN	FEDERICO OVIEDO

TRASTORNOS DEL LENGUAJE EN PEDIATRÍA - ROL DEL PEDIATRA

Autor: Dra. Adriana Julieta Zakic - año 2015

Índice:

Objetivos

Introducción

Casos clínicos

Caso clínico 1

Caso clínico 2

Desarrollo del lenguaje normal

Desarrollo del lenguaje receptivo

Desarrollo del lenguaje expresivo

Período de 0 a 5 meses

Entre los 6 a 11 meses

A partir de los 12 o 14 meses

A partir de los 18 meses

A partir de los 24 o 30 meses

A partir de los 3 años

A partir de los 4 años

El niño preescolar 5 años

Variantes de la normalidad

Lenguaje y comunicación Patológicas

¿Qué aspectos debe tener en cuenta el pediatra ante un niño con trastornos del lenguaje?

Clasificación

Déficit específico del habla y del lenguaje: Dislalias, Retraso simple y Diftuencias

Dislalias

Retraso simple

Diftuencias

Diagnóstico y Pautas de alarma

Tratamiento

Rol del pediatra en el tratamiento

Conclusiones

Bibliografía

INTRODUCCIÓN:

-Escuchar la preocupación de los padres

-Observar las conductas del niño

-Detectar conductas atípicas

-Orientar a los padres

-Derivar de forma oportuna

Los cinco puntos citados previamente, son las valiosas herramientas con las que contamos los pediatras clínicos, para enfocar y abordar un tema de suma importancia, como la adquisición del lenguaje mismo y sus variantes típicas y atípicas. Entendiendo entonces la falta de atención al mismo como una conducta sumamente negligente, que podrá marcar negativamente en la vida de un niño su capacidad de comunicación y su desempeño social.

El pediatra tiene la valiosa oportunidad de recibir niños de edades muy tempranas y realizar su seguimiento, situación que le otorga la posibilidad de observar el proceso de adquisición del lenguaje desde sus inicios. Sin embargo muchos pacientes llegan a la consulta cuando el niño se siente frustrado ante situaciones de exposición social, como en el proceso de escolarización. Es por estas razones que se remarca la importancia de que la valoración del lenguaje sea parte habitual del control de salud de los niños.

El desarrollo normal del habla y del lenguaje depende de la capacidad del niño de oír, ver, entender y recordar. Igualmente importante es contar con las habilidades motoras suficientes para imitar los movimientos motores orales y la capacidad social para interactuar con otros.

Muestra de esto es la necesidad de la puesta en marcha y del adecuado funcionamiento e interacción de diferentes sistemas como el auditivo, neurológico y psicosocial.

La aparición de la palabra hablada en un niño produce una gran alegría en el ambiente familiar, en oposición a los sentimientos de angustia y preocupación que se observan en los padres durante la práctica médica diaria, cuando los niños presentan retrasos o desviaciones en el proceso comunicativo.

El lenguaje se subdivide en varios componentes esenciales: la comunicación, la fonología, la semántica y la sintaxis.

En un nivel más abstracto, entre las habilidades verbales se incluyen la capacidad para relacionar pensamientos de forma coherente y mantener un tema de conversación.

Entre las habilidades pragmáticas se cuentan las habilidades verbales y no verbales que facilitan el intercambio de ideas, la elección adecuada del lenguaje en función de la situación y las circunstancias, y el uso apropiado del lenguaje corporal (postura, contacto ocular, gestos).

OBJETIVOS:

- Recordar las pautas de adquisición del lenguaje en el desarrollo normal
- Identificar trastornos Típicos y Atípicos según el desarrollo madurativo
- ¿Cuándo derivar oportunamente al especialista? ¿Cuándo es patrimonio del pediatra?

Las habilidades sociales conductuales y pragmáticas también desempeñan un papel importante en las interacciones efectivas con los compañeros de comunicación (entablar, responder o mantener intercambios recíprocos).

Las habilidades receptivas (audición y comprensión) y expresivas (habla) del lenguaje, así como su desarrollo suelen transcurrir en paralelo al desarrollo intelectual general.

Como vemos, el proceso de adquisición del lenguaje se inicia desde muy temprana edad.

La comunicación preverbal engloba un conjunto de miradas, acciones, gestos, vocalizaciones que conforman las bases fundamentales de la comunicación verbal. Estas implican el lenguaje mismo que se va expresando de acuerdo a los diferentes niveles de complejidad semántica (significación) que el niño obtiene en cada momento de su desarrollo. Es en base al procesamiento de los diferentes estímulos, lo que toca, huele, siente, ve y escucha que se organiza para aportarle la información del mundo.

Cuanta más interacción tenga el niño con el medio, mayor será el grado de desarrollo semántico. Es a través de los juegos de interacción que los niños aprenden los referentes léxicos (palabras) de los objetos, acciones y eventos.

Puede decirse que el lenguaje se inicia mucho antes de que un niño sea capaz de expresar su primera palabra, comienza cuando la madre y el niño crean una estructura de acción conjunta que les sirve para comunicarse y crear una realidad compartida.

Los conceptos lingüísticos se desarrollan, entonces, en interacción, esto remarcaría la importancia de la adecuada estimulación del medio para el desarrollo del lenguaje.

Será muy valioso para el pediatra comprender y aprender estos conceptos a los fines de realizar una observación y seguimiento adecuados de las conductas comunicativas de los niños desde edades muy tempranas, así como también de las interacciones madre - hijo, lo cual redundará en poder detectar las conductas comunicativas atípicas lo más tempranamente posible.

## CASOS CLÍNICOS

### CASO CLÍNICO 1

DP, paciente de sexo femenino de 3 años de edad, llega por primera vez a la consulta para control de salud.

Tercer hija de un matrimonio de nacionalidad paraguaya, residentes en Argentina desde hace 10 años, con necesidades básicas satisfechas. Padres y hermanos sanos.

Datos perinatólogicos: embarazo controlado desde el primer mes de gestación, serologías negativas durante todo el embarazo. Nacida pretérmino (32 semanas), con bajo peso para edad gestacional, sin causa determinada. Parto vaginal. Internada en neonatología durante 5 semanas, en las cuales recibió oxigenoterapia por dos semanas (5 días ARM, 5 días O2 con halo y 4 días O2 por cánula nasal); con diagnóstico de sos-

pecha de sepsis temprana, se le administró ampicilina/gen-tamicina hasta resultados de cultivos negativos. Tratamiento que se repite en la tercera semana de internación por sospecha de sepsis tardía. Con diagnóstico de ictericia, permaneció en luminoterapia por 5 días con buena respuesta. Recibió alimentación parenteral y luego enteral hasta la semana 36 se edad gestacional, donde inicia alimentación por succión de forma adecuada.

Exámenes complementarios de screening: Fondo de ojos normal al alta, PPN (plan de pesquisa neonatal) normal, ecografía de caderas normal, OEA (otoemisiones acústicas) pasó ambos oídos.

Durante los dos primeros años de vida presentó múltiples episodios de obstrucción bronquial, tres de los cuales requirieron internación con oxigenoterapia suplementaria.

Por dichas interurrencias, y habiendo viajado por varios meses al país de origen familiar, no realizó sistemáticamente controles de salud. Último control a los 2 años y 6 meses, en otro centro asistencial, donde se identifica falta de lenguaje, con balbuceo y buena interacción de la mirada con la madre y el pediatra. Se solicitan en dicha consulta estudios de potenciales evocados auditivos (PEAT) dado los múltiples antecedentes personales de riesgo. No se encuentran otros datos patológicos al examen físico.

Por mudanza familiar, no se realiza dicho estudio.

Concurre por primera vez al control en el hospital a los tres años, donde se nota una actitud retraída con el pediatra, aunque con buen apego con su madre, quien relata "que nota que la niña no ha progresado en su lenguaje desde el control previo, aunque ella cree que la niña escucha porque en su casa se hace entender muy bien", pero manifiesta la dificultad para realizar el estudio audiológico solicitado previamente. Se valora con antropometría normal, sin datos patológicos positivos al examen físico, aunque se nota claramente la dificultad en el desarrollo del lenguaje. Se reitera el pedido (PEAT) con urgencia. Luego de tres meses se obtienen los resultados que informan, hipoacusia profunda neurosensorial bilateral, por lo que se inicia tratamiento multidisciplinario (clínico, fonoaudiológico y psicológico) y suplementación auditiva con audífonos.

Actualmente la paciente tiene 5 años de edad, se encuentra escolarizada desde los 4 años, con buen desarrollo social e interacción con sus pares y docentes, gran avance es su lenguaje, pudiendo expresarse tanto con señas como con palabra hablada aunque levemente retrasada en relación a su grupo escolar. Permanece con tratamiento de estimulación y se trabaja con ambos padres la importancia del estímulo familiar.

### CASO CLÍNICO 2

SR, de 4 años de edad, nacido de término de peso adecuado para edad gestacional, tercer hijo, sin antecedentes perinatólogicos, personales, ni familiares patológicos.

Buen progreso pondoestatural, permaneciendo en percentilo



75 desde el nacimiento.

Adquisición de pautas madurativas acorde a edad. Desarrollo motor fino y grueso con muy buen desempeño. Lenguaje adecuado para la edad, hasta el momento. Escolarizado desde los 2 años, con buen desarrollo social y académico.

Es traído a la consulta actual para control de salud y apto escolar. En la misma, ambos padres refieren que se encuentran preocupados, porque desde hace aproximadamente un mes notan que el niño presenta dificultades en el habla. Al interrogatorio surgen datos compatibles con difluencias (prolongaciones y repeticiones de palabras, sin tensión en el paciente, que no interfieren en sus actividades y sus relaciones, pero que angustia a los padres y los tensiona en relación al niño). Entre los antecedentes familiares se hace referencia a episodios similares en el desarrollo del padre, aunque este cree recordar haber sido tratado por trastornos de ansiedad. No surgen otros datos positivos.

El niño en la consulta se ve con personalidad ansiosa y con características lingüísticas compatibles con difluencias típicas. Se solicita evaluación audiológica, que se informa normal.

El informe escolar refiere buen desempeño académico, pero destaca las características de una personalidad ansiosa en el niño, aunque la misma no interfiere en su desempeño final.

Se inicia tratamiento de estimulación, con recomendaciones familiares respecto a lectoescritura, medios audiovisuales y pautas de alarma. Se sugiere la posibilidad de iniciar tratamiento psicoterapéutico familiar para un mejor abordaje del caso, aunque se habla sobre la buena evolución y pronóstico del caso.

Permanece con controles periódicos.

Luego de seis meses, en el último control a la fecha, se valora al paciente, con claras mejorías lingüísticas; los padres refieren que notan dicho proceso lo que permitió mejorar la ansiedad y la angustia que les generaba la situación, aunque continúan realizando actividades que estimulan el progreso del niño.

Se continúa con igual conducta clínico-terapéutica.

## **DESARROLLO DEL LENGUAJE NORMAL**

### **DESARROLLO DEL LENGUAJE RECEPTIVO**

Desde el nacimiento, los recién nacidos muestran una respuesta preferencial a la voz humana respecto a los sonidos inanimados. Así progresivamente, la capacidad de ir adquiriendo conocimientos y dándole sentido a los objetos y acciones, en relación a los sonidos, da curso a esta ardua tarea de la comprensión, que toma mayor celeridad entre el primer y segundo año de vida, continuando así hasta llegar a una edad de los cuatro años, donde el niño es capaz de mantener una conversación fluida y responder a múltiples consignas en base a la capacidad desarrollada.

### **DESARROLLO DEL LENGUAJE EXPRESIVO**

Los sonidos de arrullo se establecen a las 4-6 semanas de edad,

y a lo largo de los 3 primeros meses de vida, los progenitores pueden distinguir los diferentes sonidos vocales utilizados por el lactante para expresar placer, dolor, preocupación o cansancio. Así comienza el largo camino de la expresión verbal, que permite ir demostrando a través del lenguaje hablado, la ganancia de vocabulario y capacidades expresivas, siendo entre los 4-5 años, capaces de mantener conversaciones empleando formas gramaticales del adulto y emplear frases que proporcionen detalles.

### **PERÍODO DE 0 A 5 MESES:**

Es de suma importancia en este período la pesquisa de audición (Otoemisiones acústicas neonatales (1)). Se deberá indagar y observar, la mirada con el interlocutor, el contacto visual en el juego interactivo, que el reflejo cocleopalpebral se encuentre presente, respuesta de búsqueda ante los sonidos, sonrisas, risas, gritos y llantos diferenciados según sus necesidades, vocalización y balbuceo progresivo.

### **ENTRE LOS 6 A 11 MESES:**

En este período valorizaremos la capacidad de del niño, de verse como agente conductor del acto de comunicación. Se pasa de una modalidad donde prima el requerimiento a una de intercambio y reciprocidad. Observar en esta nueva etapa la capacidad de concretar juegos interactivos como dar y recibir objetos, saludar, la atención conjunta de la mirada como acción de puntualización de un objeto alejado, aparición de consonantes en el lenguaje con asociación en sílabas (silabeo, balbuceo canónico), apreciación y reproducción de la entonación, comprensión del NO, comprensión de palabras contextualizadas (buscar al hermano ante la pronunciación de su nombre), adecuado manejo de la comunicación gestual y postural (negación y afirmación con la cabeza con el adecuado sentido del gesto).

### **A PARTIR DE LOS 12 O 14 MESES:**

Aparición de palabras, palabra frase, respuesta adecuada a consignas simples.

### **A PARTIR DE LOS 18 MESES:**

Se amplía el lenguaje incorporando palabras progresivamente, combina palabras, identifica imágenes, objetos y partes de su cuerpo pudiendo señalarlo, responde a consignas simples sin pistas, lenguaje telegráfico.

### **A PARTIR DE LOS 24 O 30 MESES:**

inician el proceso de modulación, expansión y extensión de la palabra. Utiliza pronombres, aparece el YO y frases de tres a cuatro palabras.

### **A PARTIR DE LOS 3 AÑOS:**

Mayor adquisición de claridad en el lenguaje, participación en conversaciones con comprensión de los interlocutores, puede

haber sobrerregulaciones en el discurso (Hágame en lugar de haceme).

#### **A PARTIR DE LOS 4 AÑOS:**

Aparece el período de las preguntas (¿Por qué?), capacidad de utilizar adverbios de lugar y tiempo, aunque pueden persistir algunas dificultades en los fonemas (como los que utilizan "R").

#### **EL NIÑO PREESCOLAR 5 AÑOS:**

maneja adecuadamente el lenguaje que ya se torna similar al del adulto, aunque aún sin capacidad de sarcasmo o de comprender chistes (ingenuidad lingüística).

Ahora bien, reconociendo los hitos del proceso de comunicación y adquisición normal del lenguaje según las edades y capacidades madurativas de los niños, aparecen las siguientes preguntas:

- ¿Es acorde el lenguaje del paciente en cuestión?
  - ¿Debería indagar sobre factores de riesgo que puedan interferir en la adecuada adquisición del lenguaje?
  - ¿Los trastornos del lenguaje son todos similares y obedecen a los mismos desórdenes o puede haber variantes normales que deberían ser interpretados de manera diferente?
  - ¿Existe relación de trastornos del lenguaje con la carga genética del paciente?
  - ¿Todos los trastornos del lenguaje deben ser evaluados de forma interdisciplinaria por los especialistas inherentes, o algunos pueden solamente patrimonio del pediatra?
- Surgen muchísimas preguntas a la hora de la valoración del proceso descrito. Es por ello la importancia que se le debe otorgar, intentando dar respuesta a cada una de ellas, para augurar un desarrollo biopsicosocial adecuado y satisfactorio para nuestros pacientes.

#### **VARIANTES DE LA NORMALIDAD**

Se ha observado que los momentos claves del desarrollo del lenguaje son muy parecidos a nivel mundial, en los diferentes idiomas y culturas, con algunas variantes, en función de la complejidad de la estructura gramatical de cada idioma. Aunque existen diferencias notables entre los niños normales en el ritmo de desarrollo del balbuceo, la comprensión de las palabras, la producción de palabras aisladas y el uso de formas combinadas en los 2-3 primeros años de vida. Existe de este modo dos patrones de aprendizaje: el analítico, caracterizado por la adquisición progresiva de unidades del lenguaje, que van teniendo característica sumatoria hasta lograr frases completas. Y el holístico, donde la adquisición parte de frases armadas, hasta que se adquiere la capacidad de desglosar dichas frases dándole sentido y significado a cada palabra como unidad.

Ambos patrones de aprendizaje son necesarios para la adquisición adecuada del lenguaje.

Desde el punto de vista de la fonología natural, se pueden destacar factores antropológicos, naturales y socioculturales en el desarrollo fonológico:

- La edad es un factor fundamental, puesto que se advierte claramente la eliminación de procesos de simplificación fonológica en la emisión de palabras desde los 3 a los 6 años.
- Los distintos tipos de procesos se emplean de modo diferente en las edades mencionadas, apareciendo las asimilaciones como procesos tempranos usuales a los 3 años, los relacionados con la estructura de la sílaba y la palabra como los más frecuentes en todos los rangos etarios y los de sustitución muy poco utilizados a partir de los 5 años.
- El nivel socioeconómico incide significativamente, en particular diferenciando a los niños de nivel medio bajo, que aparecen con menor desarrollo, de los de nivel medio alto.
- El género no influye en el uso de procesos de simplificación.

#### **LENGUAJE Y COMUNICACIÓN PATOLÓGICAS**

Los trastornos del lenguaje son un grupo frecuente de problemas pediátricos.

El motivo de consulta al pediatra en general se realiza porque el niño "no habla", "habla poco" o "habla mal".

Existen distintas variantes que componen las patologías del lenguaje y la comunicación. Lo que implica la necesidad de poder sospecharlas y reconocerlas para darles el abordaje adecuado, permitiendo así un tratamiento precoz y exitoso del trastorno detectado.

Los factores genéticos parecen desempeñar un papel importante, influyendo en la forma de aprender a hablar del niño. Los trastornos del lenguaje parecen agruparse en familias. El estudio detallado de los antecedentes familiares puede identificar trastornos del habla o el lenguaje, pasados o actuales, hasta en el 30% de los familiares de 1º grado.

Es en esta interpretación que se torna de suma importancia poder diferenciar entre un retraso en la adquisición de pautas del lenguaje para la edad, un trastorno del lenguaje (TL) o un trastorno del desarrollo, en el cual el lenguaje es una de las áreas afectadas.

Los trastornos del lenguaje se asocian con un déficit fundamental en la capacidad cerebral de procesar información compleja con rapidez. Las limitaciones en la cantidad de información que puede almacenarse en la memoria de trabajo verbal pueden limitar aún más el ritmo de procesamiento de la información relativa al lenguaje.

Los trastornos primarios del desarrollo del habla y el lenguaje suelen presentarse en ausencia de alteraciones motoras o cognitivas importantes, aunque son la alteración comórbida más frecuente en los pacientes con trastornos cognitivos generalizados y enfermedades neurológicas estructurales.

El lenguaje tiene diferentes aspectos que se verán afectados de una u otra manera en función de las diferentes etiologías que causan los variados trastornos en el lenguaje infantil.

Los diferentes aspectos del lenguaje son:

- Fonológico (se refiere a los sonidos puestos en el lenguaje).
- Sintáctico (orden de las palabras en la frase).
- Semántico (significación) se refiere a la comprensión.
- Pragmático (uso del lenguaje) referido a la adaptación del lenguaje a las reglas sociales.
- A su vez, éste se podrá ver afectado teniendo en cuenta:
- Déficit anatómicos (Malformaciones velopalatinas, labiales, linguales, laríngeas, traqueales, maxilodentales).
- Déficit auditivos (Hipoacusias neurosensoriales y de transmisión, en ambos casos variable según el momento de adquisición de dicha patología).
- Déficit en el control de la motricidad faringo bucal (Patologías centrales o periféricas congénitas o adquiridas (disartrias, parálisis cerebrales, síndromes miopáticos, distrofias musculares)).
- Déficit específicos del habla y del lenguaje oral y escrito (Dislalias, Retrasos simples, Trastorno específico del desarrollo del lenguaje (TEDL), Afasias - Síndrome de Landau Klefner, Desórdenes de la fluidez (tartamudez), Dislexias se refiere a las dificultades en el lenguaje escrito).
- Trastornos del lenguaje que forman parte de cuadros psicopatológicos o derivan de carencias en el entorno (Deficiencia intelectual, Mutismo selectivo, Autismo y su espectro (trastornos generalizados del desarrollo, Asperger)).

### ¿QUÉ ASPECTOS DEBE TENER EN CUENTA EL PEDIATRA ANTE UN NIÑO CON TRASTORNOS DEL LENGUAJE?

Como ya se hizo previa referencia, el pediatra debe saber escuchar, observar, detectar, orientar y derivar oportunamente. Desarrollemos ahora estos conceptos con más detalle, para entender de qué se trata el rol del pediatra clínico ante un paciente con trastornos del lenguaje.

Cuando de escuchar se trata, no sólo hablamos del trastorno del lenguaje, si no de la preocupación de los padres, del motivo de su consulta. Escuchar la angustia que genera en la familia la situación que los trae a la consulta. Los padres son quienes más conocen a sus hijos, y es esta la ventaja con la que contamos, dado que en contraposición podemos encontrarlos con padres que ignoran o niegan la situación, lo que jugaría en contra del progreso y el éxito del tratamiento del niño.

En lo que se refiere a observación, se hace referencia a la interacción, al paciente, a su madre o su interlocutor, al vínculo entre ellos, a la presencia de otros signos clínicos que nos hagan sospechar que existe alguna situación propia o ajena al niño que está influenciando el desarrollo de su lenguaje.

Detectar, ahora sí es importante el conocimiento previo a tener en cuenta. Así como escuchamos la preocupación familiar que a ellos les generó intriga a pesar de no ser necesariamente

concedores de la teoría, nosotros como pediatras contamos con estos elementos teóricos que puedan reafirmar o no si dicha preocupación es real o producto de la ansiedad de los padres y la familia. En relación a esto, contamos con el conocimiento de hitos madurativos de las diferentes esferas, entre ellos el lenguaje, que son nuestras herramientas de trabajo para valorar a nuestros pacientes, y así detectar las conductas comunicativas típicas o atípicas que esperamos de ellos.

Es importante tener en cuenta que el deterioro o retraso en la adquisición del lenguaje es de carácter multifactorial.

En este contexto también es importante recordar que existen los denominados procesos de simplificación fonológica que son estrategias que modifican una forma adulta convirtiéndola en una más sencilla y manejable para el niño.

El niño en este caso, elimina o sustituye los sonidos de mayor complejidad por otros más sencillos, aunque respetando patrones identificables. Estos pueden ser relativos a palabras, a sílabas o a segmentos.

En todas estas situaciones es frecuente que resulte difícil el diálogo con el niño durante la consulta, dado que frecuentemente estos se tornan tímidos o con temor, resultando imposible poder valorar el lenguaje al que se hace referencia o que uno mismo sospecha. Es por esta razón que existen algunas estrategias para favorecer la comunicación y permitir la detección de trastornos en la comunicación, recomendadas por terapeutas del lenguaje, que resultan muy útiles ante estas situaciones, como por ejemplo:

-Utilizar preguntas abiertas y no preguntas cerradas que limiten las respuestas a sí o no.

-Tener un pequeño kit de juguetes, que permitan al niño armar situaciones donde pueda

hacer algunos comentarios o inclusive dirigirse a los objetos en un juego de tipo simbólico, como un muñeco con un pañal.

-Contar con libros de cuentos que muestren preferentemente situaciones de la vida cotidiana.

-Utilizar la técnica del sabotaje puede aportar datos interesantes. El objetivo de esta técnica es sabotear el entorno para generar situaciones de lenguaje donde el niño tenga que hacer "algo" para comunicarse y resolver la situación que se le plantea (Ej. ¿Me traes los juguetes de la caja? Y en el consultorio hay tres cajas).

-Hacer comentarios por ejemplo ¡Hay regalos para los nenes! Y esperar para ver la respuesta del niño. Es importante la utilización de un lenguaje bien articulado y lento para asegurarnos de que el niño comprende las consignas o preguntas que se le realizan.

Ahora si, una vez detectado el problema, el pediatra debe orientar a la familia sobre la comunicación en el hogar, siendo de suma importancia explicar que el lenguaje se aprende en interacción, de nada sirve repetir palabras, informando los juego, cuentos y juguetes acordes al desarrollo del niño para que sean utilizados como parte del proceso de tratamiento del trastorno del lenguaje, así como también permitiendo a sus hijos compartir actividades sencillas de la vida cotidiana

mientras se les relatan las acciones y los objetos que se utilizan con frases y palabras bien pronunciadas.

El último punto a tener en cuenta dentro de las actividades del pediatra es la que implica la derivación oportuna y temprana del paciente al personal de salud especializado en las diferentes variantes de dichos trastornos.

## **CLASIFICACIÓN**

Una de las clasificaciones más sencillas es la adoptada por el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV) de la Asociación Americana de Psiquiatría.

Según este sistema, se reconocen 4 tipos de trastornos de la comunicación: trastorno del lenguaje expresivo, trastorno mixto del lenguaje expresivo-receptivo, trastorno fonológico y tartamudeo.

En esta oportunidad, no se abordarán todas las causas descritas, si no algunos casos en particular por su frecuencia y por ser el estudio de los mismos de gran utilidad para el seguimiento y control por parte del pediatra, en lo que a lenguaje respecta, permitiendo realizar intervenciones tempranas.

## **DÉFICIT ESPECÍFICO DEL HABLA Y DEL LENGUAJE: DISLALIAS, RETRASO SIMPLE Y DIFLUENCIAS**

### **DISLALIAS**

Por definición son trastornos funcionales permanentes de la emisión de un fonema (sonidos del lenguaje) sin que existan defectos anatómicos, neurolingüísticos o parálisis que los justifiquen, en un niño mayor de 4 años.

Causas de este trastorno: Omisión (se anulan letras Ej. "peo" en lugar de "pelo"), sustitución (se cambian letras por otras Ej. "adoz" en lugar de "arroz") y distorsión (se modifica tanto un fonema que no llega a completar otro).

Es muy importante considerar que en la dislalia el error en la pronunciación pura y exclusivamente fonético, por lo tanto no se modifica en el contexto de la frase, como ocurre en el trastorno fonológico.

En relación a este tipo de dificultad en el lenguaje es de suma importancia la derivación al especialista, para tratamiento oportuno, precoz y multidisciplinario.

### **RETRASO SIMPLE**

Retraso en la aparición del lenguaje que afecta sobre todo a la expresión, y que no es explicable por déficit intelectual, sensorial, ni conductual. Se respetan las etapas evolutivas del desarrollo normal del lenguaje pero con un desfase cronológico. Adquieren pautas madurativas acordes a la edad incluso con buena comunicación y comprensión, pero con un lenguaje retrasado respecto al esperado para el resto de las características madurativas.

El trastorno aislado del lenguaje expresivo (síndrome del hablador tardío) es un diagnóstico que suele ser retrospectivo y

es más frecuente en varones que en mujeres.

No poseen un riesgo mayor de sufrir trastornos del aprendizaje o del lenguaje en los años escolares. A menudo se notifican antecedentes familiares de varones con un patrón de desarrollo similar.

El pediatra deberá orientar a los padres dándoles adecuadas pautas de estimulación y consultar a un terapeuta del lenguaje para que realice una evaluación de los niveles de comunicación del niño y del perfil comunicativo familiar, teniendo en cuenta la cultura y las costumbres de la misma. Siendo suficiente en algunas ocasiones, únicamente el seguimiento clínico del niño.

Este representa un cuadro de trastorno del lenguaje de evolución benigna.

### **DIFLUENCIAS**

La fluidez en el habla es una capacidad adquirida por el ser humano entre los dos y tres años de edad. Para que el habla sea fluida es necesaria la sincronización oportuna entre los grupos musculares de la fonación y la articulación.

La tartamudez está referida a una alteración en la fluidez del lenguaje por eso también se la denomina difluencia.

En este caso nos encontramos ante un trastorno del control motor y la planificación motriz del habla.

Esta entidad consiste en las repeticiones frecuentes e involuntarias, el alargamiento (prolongaciones) o la detención (bloques, pausas) de sílabas o sonidos, que empeoran cuando la sintaxis es difícil o el componente emocional es exigente.

A menudo conduce a la frustración y la evitación de situaciones en las que se debe hablar.

Esta situación está influenciada por aspectos hereditarios y ambientales. Existen estudios que arrojan como resultados que según la población estudiada en el mismo el 73% de los niños con difluencias fueron casos con antecedentes familiares, en 1° y 2° grado de parentesco y el 27% casos esporádicos (2) (3), demostrando con lo antedicho la importancia del interrogatorio sobre antecedentes familiares del paciente.

La difluencia patológica debe diferenciarse del trastorno de fluidez normal durante el desarrollo presente en niños en edad preescolar. Las alteraciones de la fluidez durante el desarrollo se caracterizan por períodos breves de tartamudeo que se resuelven al llegar a la edad escolar y que generalmente afectan a palabras completas, con <10 alteraciones de la fluidez/100 palabras.

Ahora bien, no todo diagnóstico de difluencias es tan simple, dado que este trastorno se puede diferenciar en Difluencias Típicas y Atípicas, siendo la identificación y diferenciación de la misma de importancia para el abordaje terapéutico que tomará en cuenta.

Difluencias típicas, son errores normales de la fluidez (repeticiones de sílabas, de palabras y frases con comodidad, o sea sin esfuerzo físico visible o audible). Cuando un niño presenta

más de tres repeticiones con tensión (esfuerzo visible o audible) es necesario consultar con un especialista y no esperar, dado que en este caso estaríamos ante un caso de difluencia atípica, destacando la influencia negativa en su desarrollo social y escolar cuanto más tardanza exista en su tratamiento.

El pediatra podrá darle a los padres las siguientes pautas: hablar lento, haciendo pausas, mirar al niño a los ojos mientras se le habla, no corregirlo ni interrumpirlo, no terminar las frases que el no puede, en definitiva estar atento al contenido de lo que el niño quiere expresar y no a la forma en que lo hace.

Los niños en edad preescolar o mayores que tartamudeen deben ser remitidos a un especialista en trastornos del habla. El tratamiento es más eficaz si se inicia durante el período preescolar. Además de los riesgos expuestos, las indicaciones para derivar al paciente comprenden 3 o más alteraciones de la fluidez/100 sílabas (p-p-pero; d-

d-dedo; tu, tu, tu), evitaciones o escapes (pausas, inclinaciones de la cabeza, parpadeo), malestar o ansiedad al hablar, y la sospecha de la existencia de un trastorno psicótico o neurológico asociado.

La mayoría de los niños en edad preescolar responde a intervenciones proporcionadas por especialistas en trastornos del habla y a la retroalimentación conductista aportada por los progenitores. Los padres no deben retar al niño, sino reforzar de forma positiva cuando el mismo progresa favorablemente o comentar los episodios de tartamudeo sin realizar críticas. Se puede involucrar al niño en la autocorrección para que responda a preguntas realizadas con tranquilidad por un progenitor. Existen a su vez, distintas escuelas de tratamiento, que proponen en casos avanzados y con trastornos psicológicos y/o neurológicos asociados, tratamientos farmacológicos, aunque no se nombrarán en el presente texto, dado que exceden el objetivo del mismo.

### **DIAGNÓSTICO Y PAUTAS DE ALARMA**

En cada visita rutinaria de salud, la valoración del desarrollo debería incluir preguntas específicas acerca de los momentos clave del desarrollo del lenguaje y observaciones de la conducta del niño. El juicio clínico, definido al obtener y responder a las preguntas de los padres, puede detectar la mayoría de los problemas del lenguaje y el habla. Muchos clínicos emplean cuestionarios estandarizados de cribado para evaluar el desarrollo y listas de observación diseñadas para ser usadas en la clínica pediátrica.

Debido a la elevada prevalencia de los trastornos del habla y el lenguaje en la población general, siempre que se sospeche la existencia de un retraso de los mismos, se debe derivar al especialista en trastornos del habla y del lenguaje para una evaluación más profunda y recibir tratamiento.

Los siguientes son signos de alarma específicos que siempre deben dar lugar a que se derive al paciente para una evaluación del desarrollo, multidisciplinar y completa:

- Ausencia de balbuceo, señalar objetos o gesticulación a los 10-12 meses

- No entender órdenes sencillas a los 18 meses
- No utilizar ninguna palabra a los 18-21 meses
- No usar combinaciones de palabras a los 24 meses
- El habla es difícil de entender para los padres a los 24-36 meses
- El habla es difícil de entender a personas ajenas a la familia a los 36-48 meses
- El niño evita situaciones en las que debe hablar
- Tartamudeo mayor que el usado para liberar tensión, repetición de palabras enteras
- Toda regresión del lenguaje o de las habilidades sociales a cualquier edad

Se podría destacar la importancia en distinguir el retraso del desarrollo (ritmo anormal) del trastorno del desarrollo (patrones o secuencias anormales), dado que nos veríamos enfrentados a dos situaciones de diferente abordaje, aunque no ajenos entre sí. Las habilidades comunicativas, entre ellas el lenguaje, de un niño, deben formar parte e interpretarse como parte del desarrollo y en el contexto de sus capacidades físicas y cognitivas, siendo sumamente importante evaluar la intención comunicativa del mismo. Por tanto, a menudo es necesaria al menos una evaluación psicológica, una valoración neurológica y una exploración del habla y el lenguaje (multidisciplinar). La historia clínica y la exploración física deben ser detalladas, haciendo hincapié en identificar posibles factores contribuyentes de las dificultades de comunicación y del lenguaje. Teniendo en cuenta también los antecedentes familiares de trastornos del lenguaje, retraso en el comienzo del habla, necesidad de tratamiento para dichas dificultades, incluso dificultades académicas pueden indicar una predisposición genética de los trastornos del lenguaje; factores de riesgo perinatales como anomalías del desarrollo prenatal, polihidramnios o infecciones materno-fetales. Los trastornos del habla y el lenguaje son más probables que ocurran en los niños que fueron pequeños para la edad gestacional al nacer, los que presentaron síntomas de encefalopatía neonatal o dificultades orales-motoras, tempranas y persistentes para la alimentación; antecedentes del desarrollo del lenguaje propiamente dicho, en las secuencias y patrones de adquisición del mismo, de los momentos clave. La regresión o la pérdida de las habilidades adquiridas deben llamar la atención de forma inmediata.

Durante la exploración física no se debe omitir la antropometría (talla, peso y perímetro cefálico). Exploración cutánea exhaustiva, descartarse la presencia de lesiones indicativas de posibles síndromes neurocutáneos (esclerosis tuberosa, neurofibromatosis, síndrome de Sturge-Weber).

Las alteraciones de la cabeza y el cuello, como hipertelorismo, malformaciones auriculares, alteraciones faciales y cardíacas, retrognatia, o labio leporino y/o fisura palatina, dado que muchas de estas patologías conforman síndromes asociados a alteraciones auditivas y del habla.

En la exploración neurológica puede encontrarse hipertonía o hipotonía muscular, que pueden afectar al control neuromus-



cular del habla. La hipotonía muscular generalizada con un mayor rango de movimiento articular se observa con frecuencia en los niños con trastorno específico del lenguaje, siendo desconocida la causa de esta asociación hasta el momento.

En los trastornos aislados del lenguaje o en el trastorno específico del lenguaje no están indicados estudios diagnósticos de modo rutinario. Cuando el trastorno del lenguaje forma parte de un trastorno físico o cognitivo generalizado, puede estar indicado el uso de exámenes complementarios, según sea la clínica del paciente, debiendo derivar al mismo para realizar estudios genéticos, pruebas cromosómicas, estudios de neuroimagen y un EEG.

Otra instancia en el abordaje diagnóstico es la evaluación psicológica, que en un niño pequeño con un trastorno de la comunicación debe perseguir 2 objetivos principales: determinación de la capacidad cognitiva y desempeño social del mismo. La capacidad cognitiva no verbal debe valorarse para determinar si el niño padece retraso mental, y las conductas sociales del niño deben evaluarse para determinar la existencia de patologías asociadas al espectro de trastornos generalizados del desarrollo. Otras consideraciones diagnósticas pueden ser los trastornos emocionales, como la ansiedad, depresión, trastornos del estado de ánimo, trastorno obsesivo compulsivo, trastornos del aprendizaje académico y trastorno por hiperactividad con déficit de atención.

Ahora sí, llega el momento de dedicarse a la evaluación del lenguaje y el habla propiamente dichos, debiendo ser realizada por un especialista formado en este tipo de patologías. En la exploración típica deben evaluarse el lenguaje, el habla y los mecanismos físicos asociados con la producción del habla. Tanto el lenguaje expresivo como el receptivo y la evaluación del habla se valoran mediante la combinación de mediciones estandarizadas, interacciones y observaciones informales. Se deben evaluar todos los componentes del lenguaje, como la sintaxis, la semántica, la pragmática y la fluidez. La valoración de las estructuras físicas debe prestar atención a la función y las estructuras orales, la función respiratoria y la calidad vocal. El especialista en los trastornos del habla a menudo trabaja con un fonoaudiólogo, que puede realizar una evaluación auditiva completa. Si no se cuenta con uno, se debe remitir al niño para esta exploración. Ningún niño es demasiado pequeño para no poder realizar una evaluación auditiva, del habla o del lenguaje, por lo tanto siempre, que se sospeche una alteración del lenguaje está indicado remitir al paciente a un especialista.

## TRATAMIENTO

Los objetivos del tratamiento del habla-lenguaje son múltiples. En ocasiones en el tratamiento se incorporan actividades tanto del habla como del lenguaje. Inicialmente se centran en el desarrollo de un habla más inteligible. Y en segundo lugar pueden orientarse al aumento del vocabulario (léxico) y la comprensión del significado de las palabras (semántica), la mejora de la sintaxis mediante el uso de formas correctas, la

creación de frases a partir de palabras sueltas y el uso social del lenguaje (pragmático).

Es interesante entender que el tratamiento puede realizarse mediante sesiones individuales, de grupo o mediante la integración en el ámbito escolar.

Las sesiones individuales pueden consistir en la práctica de ejercicios o mediante el juego según la edad de los pacientes, centrados en objetivos específicos. Las sesiones de grupo pueden realizarse con varios niños, teniendo en cuenta que el objetivo a alcanzar debe ser el mismo, para ayudarles a practicar actividades comunicativas entre compañeros de edad similar en situaciones de comunicación más reales. La integración en el ámbito escolar debe incluir al equipo docente para facilitar el uso del lenguaje por parte del niño en situaciones académicas comunes.

Las actividades de los progenitores relacionadas con el lenguaje deben centrarse en el estímulo de las habilidades de comunicación del repertorio del niño más que en enseñarle nuevas habilidades. Se debe guiar a los padres para que creen modelos eficaces y estimulen la comunicación con sus hijos.

La lectura recreativa sirve para aumentar la comprensión del lenguaje del niño, debiendo ser dicha lectura, acorde a la edad del mismo. Es importante y de buena práctica asesorar a los padres en la elección de un material de lectura de nivel adecuado.

## ROL DEL PEDIATRA EN EL TRATAMIENTO

La evaluación del desarrollo del lenguaje de los niños debe ser una parte importante de cada revisión rutinaria. Aquellos en que se sospeche un retraso del habla o un trastorno del lenguaje, deben ser derivados a un especialista para su estudio y tratamiento.

Cabe hacer una mención en cuanto a que los niños con síntomas de retraso mental, síndromes congénitos o alteraciones neuromotoras deben ser remitidos para un estudio multidisciplinar que identifique una etiología específica del trastorno del desarrollo.

Cuando presenta trastornos del habla y el lenguaje puede sufrir problemas sociales y de conducta a la hora de relacionarse tanto con otros niños de su edad como con los adultos. Estos problemas deben ser evaluados en el contexto del lenguaje funcional y de su edad mental. Los trastornos de ansiedad pueden requerir intervenciones farmacológicas y/o conductistas.

Es de suma importancia que en los controles de salud rutinarios los niños sean evaluados para descartar la existencia de problemas con la lectoescritura.

La mayor parte de los niños con trastornos del lenguaje puede mejorar sus capacidades de comunicación a través de un proceso de programas educativos y tratamientos del habla y el lenguaje.

El médico puede ayudar a los padres a comprender que la mejoría es un proceso largo, formando parte de la guía aportada por profesores y terapeutas. Explicar que el niño conseguirá

el mismo nivel que los niños de su misma edad, si la causa del trastorno así lo permitiera, o en su defecto deberá formar parte del grupo de apoyo para que ambos padres comprendan y se adapten a las necesidades de su hijo, intentando que no aparezcan limitantes en el vínculo familiar. En ocasiones la respuesta es afirmativa, aunque en la mayoría de los niños mejora significativamente las capacidades comunicativas a medida que crecen, los trastornos del lenguaje parecen persistir a lo largo de toda la vida en la mayor parte de los casos.

### **CONCLUSIONES**

En el ambiente escolar, el problema que genera una alteración del lenguaje puede ser subestimado y la identificación clínica de estos niños en edades tempranas puede pasar inadvertida. Es por esto que se remarca la importancia de identificar tanto los trastornos específicos, como las variantes normales del desarrollo.

La acción mancomunada, entre padres, educadores y profesionales de la salud (entre estos últimos el pediatra), cuando se sospeche un trastorno del lenguaje, será el puntapié inicial para iniciar diferentes estrategias diagnósticas y terapéuticas, y así tener la posibilidad de un tratamiento multidisciplinario temprano, augurando un mejor pronóstico.

El pediatra debe tener una buena formación y conocimiento de las pautas de adquisición del lenguaje y el reconocimiento de los diferentes trastornos que requieran intervención multidisciplinaria, siendo ésta última la mejor intervención terapéutica.

Debe direccionar estrategias de apoyo y estimulación adecuada, que facilite aprendizajes consistentes y oportunos,

En cuanto al pronóstico, depende de diversos factores como son: el desempeño particular del niño en las diferentes áreas lingüísticas y psicológicas, sus fortalezas y debilidades, y además el impacto social, emocional y educativo que conlleva la dificultad. Cabe recordarse el impacto negativo que tienen los trastornos del lenguaje en las relaciones sociales, tanto con pares como con los distintos grupos etarios; hoy día es moneda corriente ver actitudes de apatía y rechazo social a aquellos que son considerados "diferentes", y en este punto es de suma importancia la influencia de los adultos para impartir actitudes de aceptación e inclusión, de tolerancia.

Dada la discutida heterogeneidad del problema, estos factores que habitualmente se presentan de manera individual, deben integrarse y a partir de ello enriquecer el criterio pronóstico para la intervención. Sin embargo, ante las características propias del trastorno, es prioritario considerar y aprovechar las particularidades del mismo, entre el desempeño lingüístico y el desempeño manipulativo, para apoyar las estrategias de intervención en las habilidades que estén presentes.

### **BIBLIOGRAFÍA**

- Trastornos de la comunicación y el lenguaje: Detección temprana; Camarasa, A. PRONAP 2010, Módulo 3, Cap 3, pp. 58 – 80
- NELSON "Tratado de Pediatría" 18° edición. Behrman, Kliegman, Jenson. Saunders / Elsevier, 2009 : 152 – 160
- Pavez, M; Maggiolo, M; Peñaloza, C; Coloma, J Desarrollo fonológico en niños de 3 a 6 años: Revista de Lingüística Teórica y Aplicada, Chile 2009;47 (2) :89-109
- Castro G. Lopera .Pineda Trastornos específicos del desarrollo del lenguaje; Hincapié; Revista Latinoamericana de Psicología 2007; 39: 47-61
- Rodríguez Morejón, A Intervención temprana en tartamudez: Criterios para tomar decisiones; Revista Logopedia y Fonoaudiología, 2000; 3: 136-150

(1) Ley 25.415 exige realizar el screening auditivo desde las 48 hs. de vida.

(2) Estudio realizado en el año 2001, en el Servicio de Foniatría del Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez (Gebara, Ginhom, Franchini, Couselo Rios y Goldshmidt).

(3) Revista Chilena de Fonoaudiología 2008; 79 Supl (1): 26-31(Schonhaut, Álvarez y Salinas)