



Actualizaciones y Revisiones

El niño con alteraciones del lenguaje The child with language disorder

Miguel Valeriano-Vázquez Méd.
Dr. Esp.Fono.(1), Rafael Bus-
tos-Saldaña Méd.Dr., MF, Mag.
Cienc. (2).*

RESUMEN

Introducción: En la evolución del lenguaje podemos considerar dos etapas diferenciadas: una prelingüística y otra lingüística o verbal. En este proceso pueden aparecer alteraciones en el lenguaje, las cuales si son identificadas precozmente pueden ser revertidas parcial o totalmente.

Objetivo: Describir la evolución normal del lenguaje y algunos Trastornos Específicos del Lenguaje que pueden presentarse en Atención Primaria.

Temas abordados: Evolución normal del lenguaje. Trastornos específicos del lenguaje, y manifestaciones clínicas básicas de estos síndromes.

Descriptor: Evolución normal del lenguaje, Trastornos Específicos del Lenguaje, Síndromes Disfásicos

ABSTRACT

Introduction: In the evolution of language we can considerate two stages: pre-linguistic and linguistic or verbal. In this process can appear language impairments that, if timely diagnosed can be totally o partially reverted.

Objectives: To describe the normal evolution of language and some specific language impairment, that can appear in Primary Health Care.

Reviewed topics: Normal evolution of language. Specific language impairment, and basic clinical signs of these syndromes.

Keywords: Normal evolution of language. Specific language impairment, Dysphasic syndromes.

Documento de posición editorial no
sujeto a arbitraje.

MPA e-Journal Med. Fam. & At. Prim.

Int. 2010, 4 (1): 55-60

Este artículo esta disponible en [www.
idefiperu.org/mpa.html](http://www.idefiperu.org/mpa.html)

Filiación de los Autores:

*Centro de Rehabilitación y Educación Especial Colima, México(1), Jefatura de Educación e Investigación en Salud del Hospital General de Zona con Medicina Familiar No.9 del Instituto Mexicano del Seguro Social, Centro Universitario del Sur de la Universidad de Guadalajara (2)

Méd.Dr.: Médico Titulado. MF: Especialista en Medicina Familiar. Mag. Cienc.: Magíster en Ciencias. Esp. Fono: Especialista en Comunicación, Audiología y Fonatría.

Correspondencia para el autor: Dr. Rafael Bustos Saldaña:
rafo201159@yahoo.com.mx



El lenguaje es un claro ejemplo de una función superior del cerebro cuyo desarrollo se sustenta, por un lado, en una estructura anatomofuncional genéticamente determinada y, por otro, en el estímulo verbal que le da el entorno [1]. Se puede definir al lenguaje como “el resultado de una actividad nerviosa compleja que permite la comunicación interindividual de estados psíquicos a través de la materialización de signos multimodales de acuerdo con una convención propia de una comunidad” [2]. A través del lenguaje es posible comprender como funciona nuestra mente, interpretarla y darle sentido a lo que vivimos día a día.

En casi el 90% de los humanos, los mecanismos más especializados en las funciones formales del lenguaje tienen su asiento neural sobre una extensa porción del córtex perisilviano primario, secundario y terciario del hemisferio cerebral izquierdo. En el proceso de integración del lenguaje también participan el tálamo, los ganglios de la base, la corteza prefrontal, el área motriz suplementaria y la corteza límbica de ambos hemisferios. Por otra parte, en las regiones perisilvianas del hemisferio derecho se encuentran las funciones supraformales de prosodia y de adecuación comunicativa. Por último, para el lenguaje escrito se requiere, además, el funcionalismo de la corteza calcarina y de sus áreas adyacentes secundarias de asociación visual [3]. De este modo, se pueden considerar tres sistemas principales que sustentan funcionalmente el lenguaje [4]:

- Un sistema operativo o instrumental, que ocupa la región perisilviana del hemisferio dominante y que incluye el área de Broca y el área de Wernicke.
- Un sistema semántico, que abarca grandes extensiones corticales de ambos hemisferios.
- Un sistema intermedio organizado modularmente, que sirve de mediación entre los dos anteriores y que se ubica alrededor del sistema instrumental [5]

Para su conformación y desarrollo, el lenguaje necesita tanto una influencia biológica como cultural, el conjunto de hábitos sociales y la suma de modos y medios fabricados por los hombres para hacer las cosas. El desarrollo del

lenguaje desde el punto de vista ontogénico se inicia desde que el niño nace y se consolida alrededor de los cinco o seis años; por otra parte, filogenéticamente, el hombre no nació con lenguaje, éste surgió como experiencia cultural que lo fue envolviendo y al que construyó de acuerdo con sus necesidades [6].

Desarrollo psicolingüístico en los primeros años de vida.

En la evolución del lenguaje podemos considerar dos etapas diferenciadas: una prelingüística y otra lingüística o verbal.

Etapa prelingüística

En un principio, el niño se comunica por movimientos y gestos, con la finalidad de atraer la atención, lograr una respuesta o manifestar una conducta. Antes de que pueda emitir las primeras palabras, comienza a comprender el lenguaje de los adultos cuando se dirigen a él. Gradualmente manifiesta interés por reproducir los sonidos que oye. Esta es la etapa de los “laleos”, “balbuceos” o “parloteos”, etc. en la que el niño emite sílabas en un estado placentero.

Etapa lingüística o verbal

En esta etapa, que comienza a finales del segundo año, el niño dispone ya de un lenguaje bastante comprensible, empieza a diferenciar los fonemas, aunque con alguna dificultad, la ecolalia o emisión de las sílabas finales de cada palabra desaparece, aunque en momentos de tensión puede volver a aparecer. Es en esta etapa que asocia palabras oídas con objetos que le rodean, inventa palabras nuevas cuando tiene dificultad para articular una en concreto.

A medida que crece el niño puede hablar de cosas y personas fuera del ámbito de sus experiencias próximas. El desarrollo de la memoria y la imaginación les permite a los niños evocar objetos no presentes y situaciones pasadas o futuras. A partir de este momento comienza el desarrollo de las capacidades de abstracción, simbolización y pensamiento. A los siete años, se considera que ya domina todos los sonidos y articulaciones, aunque ocasionalmente produzca errores morfológicos y sintácticos. La capacidad para captar el significado simbólico y de comprender y utilizar palabras significativas, no la alcanza hasta pasados los diez años [7].

Por otra parte, el desarrollo del lenguaje implica la adquisición de sus cuatro componentes: el fonológico, el sintáctico, el cognitivo y el pragmático. El componente cognitivo lo conforman el léxico, o conjunto de palabras de un idioma, y la semántica, que envuelve el estudio de su signifi-



cado. El componente pragmático o práctico es el que le otorga al lenguaje su función social y comunicativa. Todos estos componentes se desarrollan independientemente y a un ritmo variable, pero terminan vinculados en una actividad lingüística unitaria [8].

Los componentes fonológicos y el sintáctico van a depender del código verbal y del idioma implicado. De acuerdo a diversas teorías sobre la adquisición fonológica se asume que ésta comienza desde el nacimiento con la emisión de los primeros sonidos —etapa prelingüística— y se continúa de forma progresiva y gradual hasta los cuatro años aproximadamente, cuando la mayoría de los sonidos aparecen discriminados en palabras simples [8].

La normalización fonemática comienza con las vocales cerca de los 3 años y medio. Dentro del campo consonántico se normalizan primero los labiales /P/B/M/, alrededor de los 3 años; luego, las linguodentales: /D/T/; las alveolares: /N/ y las palatales: /K/J/, entre los 3 y medio y los 4 años; las labiodentales: /F/ a los 5 años; las linguoalveolares: /R/RR/N/L/ a los 6 años; y por último las dentales: /S/Z/ entre los 6 y 7 años. El proceso se termina de completar, en el caso del español, a los seis o siete años cuando se dominan determinadas sílabas (“pal” y “pla”, etc.) aunque existen quienes los hacen uno o dos años antes [6,9].

Trastornos Específicos del Lenguaje

El término ‘Trastorno Específico del Lenguaje’ (TEL) es una traducción al español del inglés Specific Language Impairment (SLI). Lo podemos definir como: “la anormal adquisición, comprensión o expresión del lenguaje hablado o escrito”.

Esta situación es bastante frecuente en el grupo infantil. Así, se estima que los trastornos de la comunicación (incluyendo trastornos del habla, lenguaje y audición) afectan a una de cada 10 personas en Estados Unidos (9). Al respecto, la cuarta parte de personas en educación especial de escuelas públicas norteamericanas, son categorizados como impedidos en el habla y lenguaje. Esta cantidad no incluye niños con problemas del habla y lenguaje secundarios a condiciones, como sordera y otras. En Nueva Zelanda, entre 1983 y 1987 se encontró que el 7,2% de los niños de 3 años tenían déficit en el desarrollo del lenguaje: exclusivamente expresivo, el 2,3%; un déficit de la comprensión, y uno mixto en el 2,3% [10-12]. En México, según el Censo del año 2000, se encontró que había 1.795.000 personas con discapacidad, y alre-

dedor de un 5% de estas presentaban alteraciones de lenguaje. Por grupos de edad, la discapacidad de lenguaje en niños llega a ser hasta del 10,3% [13]. Los trastornos del lenguaje pueden estar relacionados a otras discapacidades como el retraso mental, el autismo o la parálisis cerebral.

El problema puede implicar a todos, uno o algunos de los componentes fonológico, morfológico, semántico, sintáctico o pragmático del sistema lingüístico. Los individuos con trastornos del lenguaje tienen frecuentemente problemas de procesamiento del lenguaje o de abstracción de la información significativa para almacenamiento y recuperación por la memoria a corto o a largo plazo [14].

Algunas definiciones relacionadas con los trastornos específicos del lenguaje son las siguientes:

- Afasia. Grado extremo de la disfasia con ausencia completa del lenguaje, tanto expresivo como receptivo.
- Afasia congénita. Falta de aparición del lenguaje en niños aparentemente sin manifestaciones de otros síndromes que podrían explicar su ausencia.
- Afasia adquirida. Alteración consecutiva a una lesión adquirida en un niño que había adquirido cierta capacidad de lenguaje.
- Falla Articularia. Problema relacionado con la mecánica del lenguaje, por la indemnidad de estructuras como la cavidad oral, el tórax, la laringe, y el sistema nervioso, tanto en la corteza frontal como en los nervios periféricos.
- Disartria. Conjunto de trastornos del habla secundarios a alteraciones del control neuromotor de las actividades musculares necesarias para la producción del habla.
- Disfasia. Trastorno grave del desarrollo del lenguaje en el que existen habitualmente problemas de expresión y comprensión.
- Disglosia. Déficit de la expresión del habla debido a alteraciones anatómicas de los órganos orofonatorios faringobucales. Un ejemplo es la fisura palatina.
- Dislalia. Trastorno en la producción fonológica, generalmente



por dificultad en el aprendizaje de los rasgos distintivos de los fonemas. Se denominan fonemas a las unidades más pequeñas del lenguaje oral, que, al cambiarse, cambian el significado de una palabra. Así, la palabra 'casa' se compone por cuatro fonemas y se diferencia de 'tasa' y 'masa' por el cambio de un solo fonema.

- Retardo en el lenguaje. Constituye la falta de desarrollo del lenguaje a la edad en que normalmente se presenta. Este desempeño insuficiente también conceptualiza la permanencia de patrones lingüísticos de niños de menor edad de la que realmente corresponde [12].

Retardo en el lenguaje

Los retardos de cualquier patogenia alteran la adquisición del nivel lingüístico, pudiendo influir en trastornos del aprendizaje [15,16]. Por otra parte, existen otras patologías que no involucran el lenguaje, pero que pueden derivar en alteraciones de comunicación: Trastornos de la ingestión y de la conducta alimentarias de la infancia o la niñez; trastornos de tics; trastornos de la eliminación de la infancia, la niñez o la adolescencia. Trastorno de ansiedad por separación; el mutismo selectivo; el trastorno reactivo de la vinculación de la infancia o la niñez; el trastorno de movimientos estereotipados [9].

Dada la diversidad de manifestaciones clínicas y patologías que pueden afectar el desarrollo de lenguaje de los niños, el retardo puede tener un origen múltiple, de acuerdo a la afectación en la maduración de cualquiera de los analizadores, según haya entorpecido las funciones corticales, para los estímulos de input como de output. Por lo tanto, dependiendo de la vía del analizador afectada, se pueden establecer un conjunto de patologías del lenguaje las cuales se muestran en la siguiente sección.

Manifestaciones Clínicas

Ante la observación de que un niño no habla o no comprende el lenguaje, los padres deben consultar inicialmente al médico de Atención Primaria para que éste pueda realizar una aproximación diagnóstica adecuada, iniciar el manejo

y canalizarlo, según sea su criterio, al especialista indicado.

La etapa de mayor consulta por estos problemas, es entre los 18 meses y los tres años de edad. Sin embargo, entre los tres y cinco años los niños son llevados al médico porque no entienden o no atienden, hablan poco, inapropiadamente o sólo los entienden los familiares cercanos, usan neologismos o no pueden relatar hechos. A partir de los cinco años de edad, es la escuela la que generalmente deriva las consultas por motivos similares: el niño habla mal o se calla, no atiende, no obedece consignas verbales y su expresión es muy pobre.

Una cuidadosa anamnesis frecuentemente permite recoger datos de la historia evolutiva del niño, habitualmente indicando alteraciones en pautas precursoras del lenguaje. Después de haber realizado los diagnósticos diferenciales y excluido otras condiciones, debemos tratar de ubicarlo en la esfera de la recepción, de la emisión, o definirlo como un trastorno mixto. Cuando el déficit reside exclusivamente en la emisión (elocución), el niño muestra preservación de la comprensión. En cambio, al portar alteraciones de la recepción, además de afectarse la comprensión de la palabra hablada, si el defecto es suficientemente importante puede incidir en fallos de la elocución [12, 15, 16].

Dislalia

La dislalia, o dificultad para articular fonemas, puede ser orgánica (disglosia) si existe una causa estructural que la justifique, o funcional si no la hay. Una buena estructura de los órganos bucofonatorios tales como labios, lengua, dientes, paladar duro y blando, así como de sus funciones de respiración, fonación, succión, masticación y deglución, son necesarias para conseguir la adecuada producción fonética. Si algún órgano está alterado, la función tendrá que adaptarse para intentar compensarla. Una función alterada y persistente también es capaz de alterar la estructura y ser motivo de dislalia [17]. Las principales causas de producción de dislalia se pueden clasificar de la siguiente manera:

- Alteraciones orgánicas:

Fisura labial o labio leporino, fisura palatina, adenoides hipertrófico, insuficiencia velar, amígdalas hipertróficas, frenillo lingual o frenillo (anquiloglosia), paladar ogival, macroglosia, pronagatismo y retrognatía, anomalías dentarias.

- Hábitos funcionales alterados:

Succión del pulgar, succión de chupetes, respiración oral, rinolalia, dificultades masticatorias, alteraciones de la deglución (deglución atípica), succión del labio superior o inferior [6, 18].



Síndromes disfásicos

Se han definido cuatro categorías de disfasia, con subtipos que permiten una ubicación sindrómica más específica dentro de las dos esferas (recepción y emisión) señaladas. Estos subtipos se describen a continuación:

Síndrome de déficit fonológico sintáctico

Es el más común en la práctica clínica. Se trata de niños con vocabulario reducido, discurso no fluido y sintaxis rudimentaria o anormal [1,12]. Hay alteraciones de la producción fonológica, con omisiones, sustituciones o distorsiones. La comprensión puede estar menguada, pero siempre es mejor que la elocución. El niño trata de comunicarse con la ayuda de gestos. Frecuentemente, se observan alteraciones en las praxias oromotoras, y algunos niños pueden presentar signos motores asociados con dificultades grafomotoras y de la coordinación. El pronóstico, en general, es favorable, salvo en los casos graves. La mayor parte de los afectados alcanza a hablar antes de llegar a la edad escolar, aunque pueden persistir dificultades articulatorias, de evocación de la palabra y en la lectoescritura [10,12].

Síndrome deficitario de la programación fonológica

Al igual que en el síndrome anterior, la elocución está afectada, pero la emisión es fluida y la comprensión puede estar indemne, con capacidades cognitivas cercanas a la normalidad. Lo habitual es que puedan producir fonemas aisladamente, pero con dificultades para combinarlos en palabras y errores de secuenciación, lo que hace que difícilmente pueda comprenderse su discurso. No es habitual encontrar alteraciones oromotoras importantes.

Dispraxia verbal

Hay una grave afectación de la articulación de las palabras que puede desembocar en la ausencia completa del habla (afemia). En general, pueden llegar a emitir enunciados de una o dos palabras y resulta característico que su pronunciación no mejora con la repetición. Tales dificultades contrastan con una comprensión normal o cercana a lo normal. Cuando la dificultad para expresarse verbalmente es grave, estos niños pueden beneficiarse de medios no verbales de comunicación como el gestual, utilizado por los sordos, o a través de atlas con figuras y símbolos. Lo cierto es que quienes portan este problema y no presentan déficit cognitivos pueden llegar a la lectoescritura y, a través de ella, alcanzar mejor comunicación.

Síndrome deficitario sintáctico lexical

Son niños que comienzan a hablar tardíamente. Su comprensión es mejor que su expresión. Tienen dificultad con las palabras funcionales y de acción, pero su capacidad de nominación es buena, lo que hace que su discurso sea tajante y a través de frases cortas. Su sintaxis es inmadura, tienen dificultad para evocar palabras ya aprendidas en la conversación y presentan parafasias semánticas. Se manejan mejor en los diálogos (lenguaje coloquial) que en las descripciones o enunciados que requieren el uso de palabras funcionales y una estructura sintáctica más compleja.

Agnosia auditiva verbal

Los niños con este síndrome tienen dificultad en la decodificación fonológica. A diferencia de la forma adquirida, (síndrome de Landau-Kleffner), en la que puede haber preservación del habla previamente desarrollada, en la forma congénita el déficit es global y afecta la comprensión y elocución, ya que la decodificación de los sonidos de la lengua es un paso necesario no sólo para entender el mensaje verbal, sino también para reproducirlo y generarlo. Por lo tanto, las consecuencias de este déficit son habitualmente graves. En otras formas menos marcadas, donde el trastorno reside en el procesamiento secuencial rápido de señales acústicas breves como son las secuencias consonante-vocales), los niños muestran interés por comunicarse y su juego puede ser normal e indicar una adecuada simbolización. Suelen presentar berrinches y otros trastornos de conducta, probablemente originados en un sentimiento de frustración, al no sentirse comprendidos por padres y adultos. También puede resultar útil la comunicación a través de lenguaje gestual o con el empleo de láminas. Si bien su rendimiento escolar habitualmente es bajo, algunos alcanzan buen desarrollo en matemáticas e incluso en la lectura.

Semántico pragmático

Los pacientes pertenecientes a este grupo tienen un lenguaje hablado fluido, que incluso puede llegar a ser desinhibido, pero vacío de contenido. La comprensión del lenguaje es deficiente y en general se limita a frases simples y concretas, con gran dificultad

para interpretar tiempos condicionales y formas gramaticales más complejas. Su repetición y memoria auditiva son buenas, lo que les permite hablar con clichés o con mensajes publicitarios de los medios de comunicación. En el habla espontánea presentan anomias y su discurso puede tener características tangenciales o faltarle propiedad. Como es posible que presenten trastornos de conducta como hipercinesia, déficit atencional, rasgos de desconexión y otros, puede plantearse el diagnóstico diferencial con psicosis y autismo. Estos niños pueden llegar a leer, pero presentan dificultad para entender lo que leen [10].

Diagnóstico

En el niño afectado se deberá de realizar un interrogatorio y exploración física detallada tanto del cráneo como del desarrollo neurológico para poder descartar alteraciones orgánicas o funcionales que pueden afectar la producción del lenguaje oral.

Algunos factores de riesgo y criterios que nos pueden ayudar a identificar el trastorno de déficit de lenguaje son: Desempeño del CI de 85 o más, prueba audiológica normal, sin episodios recientes de otitis media supurativa, sin evidencia de trastornos convulsivos, parálisis cerebral y lesiones cerebrales, y que no recibe medicación para epilepsia. Pueden tener anomalías estructurales en cavidad oral, y contar con respuesta positiva al cribado usando ítems apropiados para la evaluación del desarrollo en la función motora oral, así como síntomas de alteración en la interacción social recíproca, o restricción de actividades.

Método de Evaluación de la Lengua Española.

La Batería de Evaluación de la Lengua Española (BELE) es un instrumento formado por siete escalas que evalúan los tres componentes del lenguaje: forma, contenido y uso diseñado para evaluar el desarrollo lingüístico de niños de 3 a 11 años, el cual ha sido aplicado, adaptado y estandarizado en una población de 880 niños de Estancias Infantiles, Jardines De Niños y Escuelas Primarias Oficiales en México [19]. Su utilización es sencilla y se puede realizar en cualquier consultorio de Atención Primaria.

REFERENCIAS

- (1) Castaño J. Bases neurobiológicas del lenguaje y sus alteraciones. *Rev Neurol.* 2003; 36 (8): 781-5.
- (2) Lecours RA, Lhermitte F. *L'aphasie.*: Flammarion. París/Montreal: Presses de L'Université de Montreal; 1980.
- (3) Narbona J, Chevrie-Muller C. *El lenguaje del niño. Desarrollo normal, evaluación y trastornos.* 2da Ed. Barcelona: Masson; 2001.
- (4) Etchepareborda M, López-Lázaro M. Estructura citoarquitectónica de las áreas del lenguaje. *Rev Neurol.* 2005; 1 : 95-102.
- (5) Damasio A, Damasio H. Brain and language. *Sci Am.* 1992; 267 : 63-72.
- (6) González J. *Alteraciones del habla en la infancia.* Buenos Aires: Edit.Médica Panamericana; 2003.
- (7) Bilbao-Fernández P. Estimulación del lenguaje oral en educación Infantil. Departamento de Educación, Universidades e Investigación; 2010. citado en: 2009 febrero 15. Disponible en: http://www.basques.euskadi.net/r44-886/es/contenidos/informacion/dia6/fr_2027/adjuntos/LENGUAJE.pdf.
- (8) Morant A, Hernández S, Mulas F. Actuación neuropsiquiátrica ante el retraso del lenguaje. *Rev Neurol Clin.* 2000; 1 : 95-102.
- (9) Acosta V, Moreno A, Ramos V. La evaluación del lenguaje. Teoría y práctica del proceso de evaluación de la conducta lingüística infantil. México: Ed. Aljibe; 1996.
- (10) Castaño J. Formas clínicas de las disfasias infantiles. *Rev Neurol.* 2002; 34 (Supl 1): S107-S109.
- (11) Crespo-Eguílaz N, Narbona J. Perfiles clínicos evolutivos y transiciones en el espectro del trastorno específico del desarrollo del lenguaje. *Rev Neurol.* 2003; 36 (Supl 1): S29-S35.
- (12) Castro-Rebolledo R, Giraldo-Prieto M, Hincapié-Henao L, Lopera F, Pineda DA. Trastorno específico del desarrollo del lenguaje: Una aproximación teórica a su diagnóstico, etiología y manifestaciones clínicas. *Rev Neurol.* 2004; 39 (12): 1173-81.
- (13) Instituto Nacional de Estadística y Geografía. *Las personas con discapacidad en México: Una visión censal.* Aguascalientes; México: Editorial INEGI; 2004.
- (14) Fresneda MD. Trastorno específico del lenguaje: Concepto, clasificaciones y criterios de identificación. *Rev Neurol.* 2005; 41 (Supl 1): S51-S56.
- (15) Mulas F. El lenguaje y los trastornos del neurodesarrollo. Revisión de las características clínicas. *Rev Neurol.* 2006; 42 (Supl 2): S103-S109.
- (16) Azcoaga JE. *Alteraciones del aprendizaje escolar.* Barcelona: Edit. Paidós; 1983.
- (17) Azcoaga JE. *Los retardos del lenguaje en el niño.* 1ra Ed. Barcelona: Edit. Paidós; 1981.
- (18) Massana-Molera M. Trastornos del lenguaje secundarios a un déficit instrumental: Déficit mecánico articulatorio. *Rev Neurol.* 2005; 41 (Supl 1): S39-S42.
- (19) Gómez PM. *Batería de evaluación de la lengua española para niños de 3 A 11 Años.* Manuales de aplicación, calificación e interpretación. México: Secretaría de Educación Pública-Instituto Latinoamericano de la Comunicación Educativa; 1988.