

El lenguaje es la expresión de la comunicación humana mediante la cual las ideas, las informaciones, las emociones y los pensamientos pueden ser compartidos. El retraso en la adquisición del lenguaje es un problema común que se presenta en la infancia.

La mayoría de los niños adquiere el lenguaje de forma espontánea; sin embargo, esto dependerá, en parte, de haber oído hablar a otros, tener una función cognitiva adecuada y oportunidades de practicar el habla.

La identificación de los niños que presentan retraso del lenguaje dentro del período preescolar debería de ser una prioridad para el pediatra.

Desarrollo normal del lenguaje

El lenguaje hablado, el habla, está formado por sonidos (fonemas), palabras (morfemas), sintaxis (gramática) y semántica (significado). La pragmática (uso) proporciona las reglas para el uso del lenguaje para la comunicación.

La adquisición del lenguaje se desarrolla según unas etapas (tabla 1). Según un rango de normalidad puede esperarse una variación de unos 6 meses aproximadamente.

La comunicación mediante el lenguaje oral se inicia en torno a los 2 años y finaliza alrededor de los 5 años con la adquisición de las formas básicas del sistema lingüístico adulto¹ (tabla 2). Los desfases respecto de esta cronología merecen una atención especial, ya que pueden indicar la existencia de un retraso o alteración del desarrollo del lenguaje.

Prevalencia

La prevalencia de trastorno del lenguaje en niños en edad escolar es del 2-3%, y la de trastorno del habla entre un 3-6%. La prevalencia de retraso de lenguaje y del habla en el período preescolar es más alta, cerca de un 15%^{2,3}. Presentan una mayor incidencia los niños respecto a las niñas, de 3/1⁴.

Clasificación (tabla 3)

Trastornos secundarios a déficits instrumentales

Hipoacusias bilaterales tempranas

Las hipoacusias leves (20-39 decibelios) permiten desarrollar el lenguaje, aunque pueden causar errores en la discriminación y, en consecuencia, en la producción de algunos fonemas. También pueden darse impercepciones auditivas, observándose la sustitución de una palabra por otra.

Disglosia

Dificultades de la articulación debidas a alteraciones anatómicas, que afectan a los órganos articulatorios: fisura palatina, labio leporino, malposiciones dentarias, etc.

Disartrias

Son dificultades en el habla debidas a la alteración de los movimientos de los músculos de los órganos de fonación, secundarias a trastornos de las vías motrices centrales, los nervios craneales o grupos musculares (parálisis cerebral, alteraciones cerebelosas, miopatías).

Tabla 1. Ítems del desarrollo normal del lenguaje

Edad (meses)	
0-3	Vocalizaciones poco diferenciadas (llanto, gritos, ruidos) Reacciona a los ruidos
3-4	Balbuceo Busca la fuente del sonido
5-6	Responde vocalmente al estímulo
7-8	Bisílabos no propositivos
9-10	Preconversación con balbuceo
11-12	Comprende algunas palabras familiares
12-18	Aparecen las primeras palabras, crecimiento de comprensión y producción de palabras
18-24	Frases de 2 elementos, 20 palabras a los 18 meses
24-30	Frases de 3 elementos, 200 palabras a los 2 años, obedece 2 órdenes, la mitad del lenguaje es inteligible
30-36	Frases de 4 elementos, usa nombres
36	Las tres cuartas partes del lenguaje es inteligible, hace preguntas, sabe alguna canción, comprende relatos
54	Sintaxis clara, lenguaje inteligible

Se estima que generalmente el vocabulario de producción es aproximadamente la mitad que el vocabulario de comprensión.

Tabla 2. Habilidades de lenguaje oral adquiridas por los niños de 5-6 años¹

Vocabulario extenso, variado y claro, lenguaje inteligible
Capacidad para usar frases complejas espontáneamente en conversación y para relatar historias orales bien estructuradas
Capacidad para entender preguntas simples y abstractas y para seguir instrucciones complejas y conceptos como tiempo, causalidad y espacio
Capacidad para seguir las normas de conversación, manteniendo un contacto ocular apropiado y esperando su turno
Capacidad para reconocer varias letras y sonidos y saber que la grafía tiene un significado

Trastornos fonológicos

Retraso del habla

El retraso o trastorno del habla es el retraso en la adquisición del componente fonológico del lenguaje de un año por lo menos. La elección de los sonidos para la constitución de una palabra, así como su colocación en la secuencia correcta, no es adecuada. Las alteraciones de fonemas no son sistemáticas, fonemas alterados en palabras pueden ser repetidos correctamente en sílaba aislada; las dificultades aumentan con la longitud de la palabra, y una misma palabra puede pronunciarse de forma diferente cada vez. Estas alteraciones acompañan a la adquisición normal del habla, pero si persisten más allá de los 5 años, se consideran patológicas⁶.

Trastorno funcional: trastorno de la capacidad expresiva verbal sin que haya defectos anatómico-fisiológicos.

Dislalias: errores en la realización de algunos sonidos. El lenguaje expresivo se desarrolla con normalidad, pero persisten emisiones fonéticas inmaduras. Pueden ser fisiológicas hasta el 4.^o año. Responden bien al tratamiento logopédico. Se clasifican como simples, si afectan a un solo sonido, o múltiples cuando afectan a varios fonemas.

Disritmias:

– Taquilalia: habla excesivamente rápida, puede acompañarse de hipercinesia e impulsividad.

Tabla 3. Clasificación del retraso/trastorno del lenguaje

Trastornos secundarios a déficits instrumentales
Hipoacusia
Anomalías anatómicas
Anomalías motoras
Trastornos fonológicos
Trastorno funcional
Retraso del habla
Trastorno del lenguaje
Retraso del lenguaje
Trastorno específico del lenguaje (TEL)
Afasias adquiridas
Trastornos psicolingüísticos (estarían fuera de los trastornos del lenguaje propiamente dichos)
Retraso mental
Autismo
Otros trastornos del espectro autista
Síndrome de Asperger
Trastorno semántico-pragmático
Mutismo electivo
Carencias socioafectivas

Modificada de Narbona⁵.

– Tartamudeo o disfemia: habla entrecortada que se emite con esfuerzo excesivo. Puede ser transitoria, durante el tercer y cuarto años, denominándose fisiológica o primaria.

Trastorno del lenguaje

Retraso del lenguaje (RL)

Los niños afectados por este retraso muestran un lenguaje que se va desarrollando por los cauces normales, pero más lentamente.

Puede diagnosticarse como retraso del lenguaje si: el problema fundamental está en el aspecto expresivo; las alteraciones fonológicas y el escaso vocabulario son las conductas más llamativas; el lenguaje oral se inició 1 año o 1 año y medio más tarde de lo habitual; a pesar del retraso temporal, se observa una evolución paralela a la estándar en los rasgos característicos de cada etapa⁷. Muchos niños pueden compensar este retraso si cuentan con un entorno estimulador y buenas capacidades intelectuales. Suelen responder muy bien al tratamiento logopédico y mejoran en poco tiempo sin secuelas³.

Trastorno específico del lenguaje (TEL)

En este caso existe una disociación evidente entre el desarrollo cognitivo, la capacidad interactiva y las competencias lingüísticas formales del niño.

La tendencia actual es la utilización del término TEL para referirse a este grupo heterogéneo de niños, que sustituye al más clásico de “disfasia”.

Puede diagnosticarse un TEL cuando los problemas son tanto en el plano expresivo como comprensivo; hay co-presencia de habilidades lingüísticas propias de su edad con la ausencia o formulación errónea de otras más simples; hay patrones de error que no se corresponden con los usuales en los procesos de adquisición; el componente morfosintáctico es el más alterado⁷.

Presentan una notable repercusión sobre el aprendizaje de la lectoescritura y una persistencia del problema que llega hasta la vida adulta^{1,8,9}. Estos niños pueden tener además serios problemas en el desarrollo de habilidades de interacción social.

Los niños afectos de TEL acostumbran a presentar trastornos del comportamiento (rabietas, inquietud motora) que podrían estar relacionados con el papel del lenguaje como regulador de la conducta y que suelen ceder en la medida en que mejora el lenguaje. También es frecuente la asociación con el trastorno por déficit de atención e hiperactividad^{1,10,11}.

Es muy difícil entre los 2 y los 5 años saber si un niño presenta un RL o un TEL. A partir de los 4-5 años el TEL se evidencia ya por problemas importantes. Se considera que el RL presenta un índice de gravedad menor y que con el tiempo mejora notablemente, mientras que en el TEL esta evolución sería mucho más lenta¹².

Afasia adquirida

Pérdida de lenguaje por una lesión hemisférica adquirida, tras un período de desarrollo de lenguaje normal. De espe-

cial gravedad la afasia adquirida epiléptica (síndrome de Landau-Kleffner). Ésta suele comenzar entre los 3-8 años de edad, con desarrollo de lenguaje previo normal. El comienzo es agudo o subagudo. Generalmente están afectadas la comprensión y la expresión; el 90% se asocia con crisis epilépticas y en el electroencefalograma (EEG) siempre existen paroxismos, de predominio en áreas temporales.

Causas

Se considera que la causa, tanto del retraso del habla como del retraso del lenguaje, es un enlentecimiento respecto de la velocidad media de las adquisiciones expresivas normales, probablemente debido a un retraso madurativo⁹. Además deben tenerse en cuenta otros aspectos:

- Pérdidas auditivas por otitis media recurrentes u otitis serosa persistente^{3,13-15}.
- Actitud sobreprotectora por parte de los padres (hablan por el niño).
- Entorno familiar con coexistencia de más de una lengua^{1,2}.
- Hipoestimulación ambiental grave.

En cuanto al TEL, se considera debido a una disfunción neurológica⁹. A favor de esto tenemos:

1. Factores genéticos:

- Recurrencia del trastorno en varios miembros de una misma familia y en gemelos^{9,10,12,16,17}.

Tabla 4. Signos de alerta que pueden afectar al lenguaje o a otros aspectos relacionados^{23,24}

Falta de respuesta al sonido
Las primeras palabras aparecen más tarde de lo habitual (alrededor de los 2 años, ya que normalmente esto ocurre entre los 12 y los 18 meses)
Uso habitual del gesto indicativo en sustitución de la palabra (a partir de los 2 años, ya que esto es propio de los 18 meses)
Léxico inferior a la edad evolutiva correspondiente del niño (menos de 50 palabras a los 2 años)
Repetición espontánea escasa o nula
Ausencia de frases de 2 elementos a los 2 años
No obedecer órdenes sencillas a partir de los 3 años
Lenguaje ininteligible por personas que no le escuchan habitualmente a los 3 años
Ausencia de juego de imitación (a los 2 años) o simbólico (a los 3 años)
El lenguaje no acompaña a la acción o al juego
No le gustan los cambios, ni situaciones nuevas o desconocidas
Falta de interés en interaccionar con la gente
Pérdida de lenguaje o habilidades sociales
Repite habitualmente de forma automática y sin finalidad comunicativa frases estructuradas fuera de contexto

- Mayor incidencia en varones^{9,12}.
- Mutación en el gen *FOXP2* del cromosoma 7q31, causante de un trastorno específico del lenguaje más dispraxia oral, que se transmite de forma autosómica dominante^{18,19}.
- 2. Mayor incidencia de alteraciones paroxísticas en el EEG sin crisis clínicas, sobre todo durante el sueño, en niños con TEL que en la población general. El significado de este hallazgo es motivo de una gran controversia: si estos niños han de recibir tratamiento o no^{16,20,21}.
- Las exploraciones de neuroimagen convencional son habitualmente normales o se han descrito anomalías de carácter inespecífico^{9,10,22}. La resonancia magnética funcional ha demostrado su utilidad para el conocimiento del lenguaje tanto en niños como en adultos.

Actuación del pediatra ante un retraso/trastorno del lenguaje

En primer lugar se solicitará estudio de audición mediante audiometría y timpanometría.

Los potenciales evocados auditivos de tronco (PEAT) y las otoemisiones acústicas son pruebas que exploran la integridad estructural de las vías auditivas y no deberían ser sustituidos por la audiometría. Sólo en el caso de niños que no colaboren para la audiometría podría sustituirse por PEAT con umbral de audición.

Es recomendable remitir al logopeda ante toda sospecha de retraso/trastorno del lenguaje. La etapa infantil (3 a 5 años) es básica en la intervención, ya que al final de ésta las bases del lenguaje ya están prácticamente adquiridas. Toda detección no llevada a cabo en la etapa preescolar puede afectar negativamente a la adquisición del lenguaje y posteriormente presentarse otros trastornos de aprendizaje^{2,3}. En la tabla 4, se recoge un listado de signos de alerta que pueden ayudar a la identificación de estos trastornos^{23,24}.

Debe derivarse para estudio a Neuropediatría en caso de retraso global, trastorno específico del lenguaje, disartria o afasia adquirida.

Bibliografía



● Importante ●● Muy importante

■ Epidemiología
■■ Metaanálisis

1. Wray J, Silove N, Knott H. Language disorders and autism. *MJA*. 2005;182:354-60.
2. ●● Feldman HM. Evaluation and Management of Language and Speech Disorders in Preschool Children. *Pediatr Rev*. 2005;26:131-40.
3. ● Whitehurst GJ, Fischel JE. Practitioner Review: Early Developmental Language Delay: What, If Anything, Should the Clinician Do About It? *J Child Psychol. Psychiatr.* 1994;35:613-48.

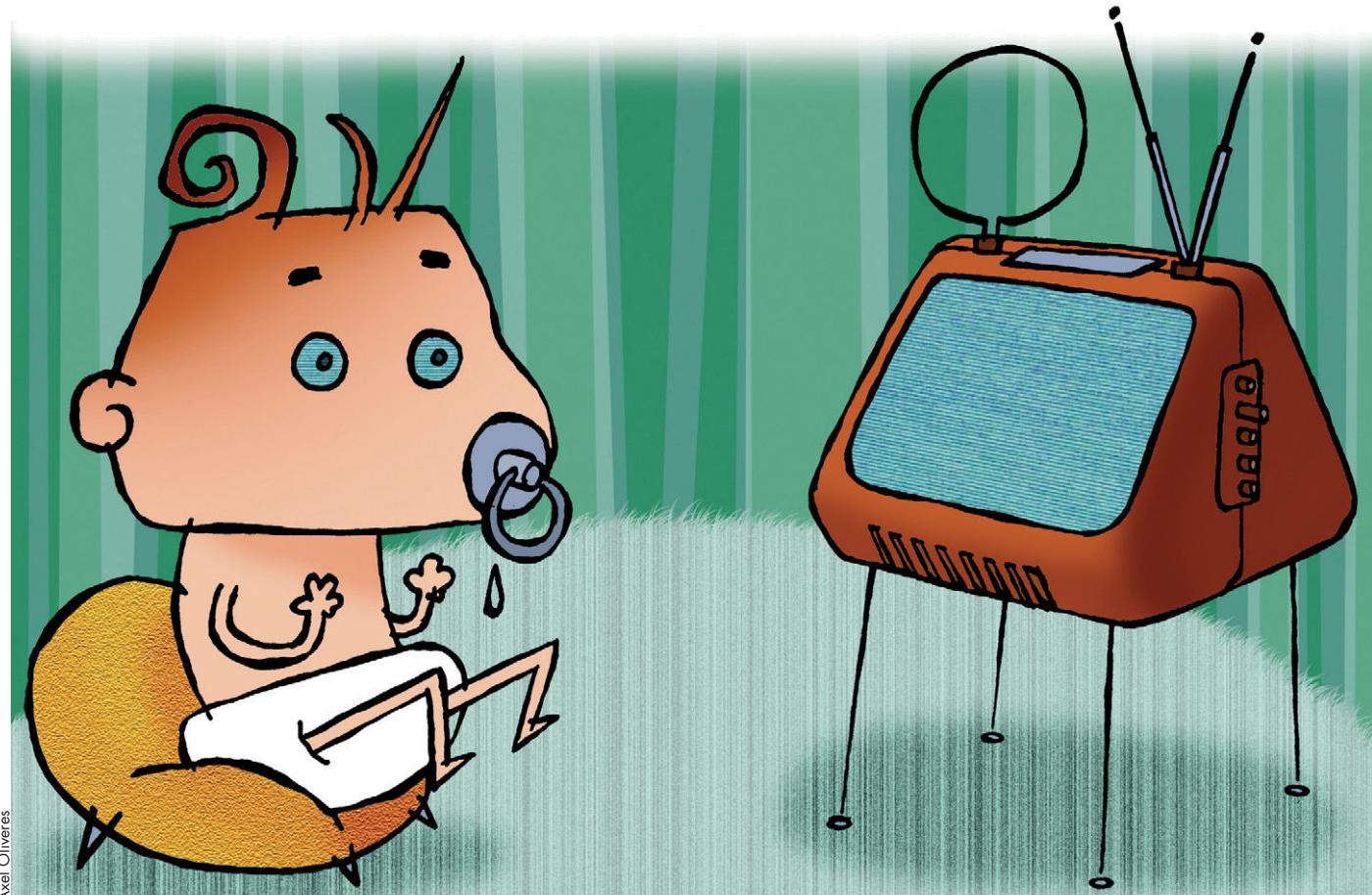
4. Coplan J. El habla normal y el desarrollo del lenguaje: revisión. *Pediatr Rev* (ed. española). 1995;16:91-100.
5. Narbona J. Trastornos del lenguaje y trastornos del espectro autista en el niño. En: Línea S.N.C. Glaxo Wellcome, editor. *Neurología Pediátrica*. Madrid: Ed. Ergón; 2000. p. 329-46.
6. Chevrie-Muller C. Semiología de los trastornos del lenguaje en el niño. En: Narbona J, Chevrie-Muller editores. *El lenguaje del niño. Desarrollo normal, evaluación y trastornos*. Barcelona: Masson; 1997. p. 189-94.
7. Acosta VM, Moreno AM. Retraso del lenguaje y trastorno específico del lenguaje: un problema de heterogeneidad. En: Acosta VM, Moreno AM editores. *Dificultades del lenguaje en ambientes educativos. Del retraso al trastorno específico del lenguaje*. Barcelona: Masson; 2001. p. 17-22.
8. Clegg J, Hollis C, Mawhood L, Rutter M. Developmental language disorders – a follow-up in later adult life. *Cognitive, language and psychosocial outcomes*. *J Child Psychol Psychiatr*. 2005;46:128-49.
9. Chevrie-Muller C. Trastornos específicos del desarrollo del lenguaje. En: Narbona J, Chevrie-Muller C, editores. *El lenguaje del niño. Desarrollo normal, evaluación y trastornos*. Barcelona: Masson; 1997. p. 249-75.
10. Toppelberg CO, Shapiro T. Language Disorders: A 10-Year Research Update Review. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2000;39:143-52.
11. Tirosh E, Cohen A. Language Deficit With Attention-Deficit Disorder: A Prevalent Comorbidity. *J Child Neurol*. 1998;13:493-7.
12. Puyuelo M, Bruna O. Disfasia. Trastorno específico del lenguaje. En: Molina S, Sinués A, Deaño M, Puyuelo M, Bruna O, editores. *El fracaso escolar en el aprendizaje escolar (II). Dificultades específicas de tipo neuropsicológico*. Madrid: Aljibe; 1998. p. 259-63.
13. Shriberg LD, Friel-Patti S, Flipsen P, Brown RL. Otitis Media, Fluctuant Hearing Loss, and Speech-Language Outcomes: A preliminary Structural Equation Model. *J Speech Lang Hear Res*. 2000;43:100-20.
14. Rosenfeld RM, Culpepper L, Doyle KJ, Grundfast KM, Hoberman A, Kenna MA, et al. Clinical practice guideline: otitis media with effusion. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2004;130:S95-S118.
15. Psaromatis IM, Goritsa E, Douniadakis D, Tsakanikos M, Kontogianni AD, Apostolopoulos N. Hearing loss in speech-language delayed children. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 2001;58:205-10.
16. Rapin I. *Understanding childhood language disorders*. *Curr Opin Ped*. 1998;10:561-6.
17. Plomin R, Colledge E, Dale PS. Genetics and the development of language disabilities and abilities. *Current Paediatrics*. 2002;12:419-24.
18. Lai C, Fisher SE, Hurst JA, Vargha-Khadem F, Monaco AP. A forkhead-domain gene is mutated in a severe speech and language disorder. *Nature*. 2001;413:519-23.
19. Newbury DF, Monaco AP. Molecular genetics of speech and language disorders. *Curr Opin Ped*. 2002;14:696-701.
20. Mayor Dubois C, Gianella D, Chaves-Vischer V, Haenggi C-A, Deonna T, Roulet Perez E. Speech Delay due to a Prelinguistic Regression of Epileptic origin. *Neuroepidemiology*. 2004;35:50-3.
21. Billard C. Neurofisiología y neuroimagen. Sus aplicaciones en la patología del lenguaje del niño. En: Narbona J, Chevrie-Muller C, editores. *El lenguaje del niño. Desarrollo normal, evaluación y trastornos*. Barcelona: Masson; 1997. p. 169-79.
22. Trauner D, Wulfeck B, Tallal P, Hesselink J. Neurological and MRI profiles of children with developmental language impairment. *Dev Med Child Neurol*. 2000;42:470-5.
23. Cano MI, Navarro MI. Dificultades en el desarrollo del habla y del lenguaje oral en la infancia y la adolescencia. En: Puyuelo M, Rondal JA, editores. *Manual del desarrollo y alteraciones del lenguaje. Aspectos evolutivos y patología en el niño y el adulto*. Barcelona: Masson; 2003. p. 323-67.
24. Sulkes SB. Pediatría del desarrollo y del comportamiento. En: Berhrman RE, Kliegman RM, editores. *Nelson. Compendio de Pediatría*. 3.ª ed. Madrid: McGraw-Hill; 1999. p. 14-20.

Hablemos de...

Medios de comunicación y parentalidad en el desarrollo de la infancia y la adolescencia

JOSÉ LUIS PEDREIRA-MASSA

Hospital de Día Psiquiátrico de Adolescentes. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares. Madrid. España.
jlpedreira@terra.es



Puntos clave

- La infancia tiene un mayor acceso a la información, pero paradójicamente los filtros educativos son menores.
- La infancia se ve demasiado expuesta a escenas con contenidos violentos, incluso en los programas "infantiles", y los niños las suelen ver en soledad.
- Videojuegos, Internet y móviles dan lugar a nuevas conductas consideradas como "conductas adictivas sin sustancias". La mayor parte de los contenidos de los videojuegos más aceptados por la infancia resuelven conflictos con violencia, no discriminan en su utilización entre el héroe y el antihéroe y, además, son sexistas.

● El "síndrome del niño con la llave al cuello" va en incremento y desarrolla múltiples conductas de riesgo por la escasa supervisión parental.

● No tener aparato de TV en el cuarto de los hijos, controlar el acceso a Internet, supervisar los programas, o evitar que los niños se hagan "tiranos" del mando a distancia son comportamientos preventivos.