

## ARCHIVO HISTÓRICO



El presente artículo corresponde a un archivo originalmente publicado en el **Boletín de la Escuela de Medicina**, actualmente incluido en el historial de **Ars Medica Revista de ciencias médicas**. El contenido del presente artículo, no necesariamente representa la actual línea editorial. Para mayor información visitar el siguiente

vínculo: <http://www.arsmedica.cl/index.php/MED/about/submissions#authorGuidelines>

# Desarrollo del lenguaje hablado en el niño. Principales alteraciones

FONOAUDIÓLOGO OSVALDO SOTO-AGUILAR ORELLANA  
Departamento de Pediatría

La formación del lenguaje hablado exige esfuerzos múltiples, prolongados, lentamente evolutivos a través de muchos años. Se traduce primero en el grito de llamada, como en el animal, luego por balbuceos y esbozos de articulación que ponen en juego contracciones conjuntas de la laringe, faringe, de la lengua y de los labios. Las primeras palabras o frases del niño no son sólo repetición de lo que escucha, sino sobre todo la anticipación de una función que busca realizarse para contactar al niño con su entorno inmediato y vital. Así se comprende mejor que los problemas que plantea la patología de la comunicación infantil interesen por igual a un número importante de disciplinas, como la neurología, pediatría, psiquiatría, psicología, otorrinolaringología (ORL), lingüística y pedagogía, así como a las interdisciplinas como neurolingüística y psicolingüística.

### CONCEPTO DIFERENCIAL DE HABLA Y LENGUAJE

Los términos habla y lenguaje generalmente se confunden, lo que crea dificultad, especialmente en el aspecto diagnóstico, por lo que es necesario una aclaración. El lenguaje es un sistema de símbolos, un código simbólico, que permite la generación de nuevos mensajes que, por la naturaleza del sistema, debieran ser comprendidos por cualquier sujeto que conozca el código y sus reglas.

De lo expuesto se desprende claramente que la esencia del lenguaje es su productividad: conocer un lenguaje es ser capaz de producir un número infinito de nuevos mensajes nunca antes usados, los que debieran ser comprendidos por otro conocedor del sistema. A pesar que el lenguaje oral es el más importante, existen otros tipos de comunicación lingüística como la escritura, lectura, dactilografía o lenguaje manual, Braille, etcétera. El habla, en cambio, ha sido definida por algunos autores como lenguaje oral y por otros como el uso de vocalizaciones sistematizadas para expresar símbolos verbales o palabras. Puede hacerse una sinonimia con pronunciación, dicción y articulación de la palabra, todos sucesos netamente periféricos, a diferencia de un sistema más permanente y estable, con contenido, como es el lenguaje. Este vendría a ser el aspecto intelectual de la comunicación humana, y el habla, un instrumento, vehículo de transmisión, como lo serían las manos para el sordo.

### ALTERACIONES EN LA COMUNICACION ORAL

#### Trastornos de la voz

**Disfonía.** Implica pérdida parcial de la voz y se caracteriza por ronquera. Es característico que la voz sea más normal cuando el niño trata de gritar que cuando trata de hablar a un volumen normal. La causa más común de disfonía infantil es la laringitis crónica recurrente, asociada con la cual se encuentra una historia caracterizada por una tendencia a gritar más bien que a hablar a volumen moderado.

Además, no es sorprendente que la disfonía tienda a ocurrir con mayor frecuencia en clases socioeconómicas bajas, a raíz de su mayor prevalencia de infecciones de las vías respiratorias superiores en la primera infancia. Los padres informan que la voz disfónica de los niños varía en intensidad y calidad de día en día y aun de hora en hora. Generalmente la voz es más normal en la mañana y se deteriora hacia el final del día. En el examen, se encuentra un grado inflamatorio variable de las cuerdas vocales, a menudo con nódulos. El tratamiento es difícil en los niños e incluye componentes medicamentosos, quirúrgicos y foniátricos. El reposo vocal puede ser necesario, lo que es difícil aun en condiciones de hospital en niños menores de 7 u 8 años.

**Rinofonía.** Tal como el término lo indica, es la voz nasalizada, causada por fisura palatina, insuficiencia velopalatina (velo corto), paresia velar, parálisis velar, adenoides, pólipos, etcétera. En estas condiciones, el velo del paladar no cierra el espacio retrovelar, por lo que no se crea la presión aérea intraoral necesaria para la proyección vocal por la boca. El tratamiento es foniátrico, quirúrgico, protésico y medicamentoso.

**Trastornos de la mutación vocal.** Se caracteriza porque el cambio de la voz no se produce a la edad correspondiente en los adolescentes. Si bien no es un problema frecuente, crea en el paciente alteraciones principalmente psíquicas. El tono de la voz permanece agudo en los hombres, muy agudo o grave en las mujeres, pudiendo existir como causas más frecuentes alteraciones endocrinas, funcionales o psíquicas. El tratamiento es foniátrico, médico o psicoterapéutico en algunos casos.

#### Trastornos del habla

**Dislalia.** Es el trastorno de la pronunciación de uno o más sonidos de la lengua materna, ya sea por causas orgánicas o solamente funcionales. Sumamente frecuente en la edad preescolar, comienza a declinar al acercarse los seis años, pudiendo permanecer en algunos casos hasta la vida adulta. Entre las causas orgánicas pueden señalarse defectos de la lengua, alteraciones del paladar y del velo palatino y, en ocasiones, alteraciones de la implantación dentaria, por lo que frecuentemente se asocia a rinofonía. Se deben mencionar como factores contribuyentes, el medio parlante directo del niño (familia, colegio), y también sus condiciones innatas, como su mayor o menor facilidad de discriminación auditiva y su capacidad de focalizar su atención en el aprendizaje. Por esto existe una estrecha y frecuente coincidencia con el síndrome de déficit atencional.

**Disartria.** Se mencionará brevemente, por ser una alteración secundaria del habla, para contrastarla con el diagnóstico de dislalia. Es una alteración motriz del habla, que abarca un grupo de alteraciones que son el resultado de trastornos del control muscular. Como se debe a una lesión del sistema nervioso central o periférico, hay un cierto grado de debilidad, lentitud, incoordinación o alteración del tono muscular que caracteriza el mecanismo del habla. Es decir, se trata de una alteración de origen neurológico cuyo grado mayor es la anartria.

**Alteraciones del ritmo y de la fluidez.** Nos referiremos al trastorno más conocido y característico de este grupo, que es la espasmodia (tartamudez) en sus formas clásicas.

**a) Tónica.** Existe bloqueo al inicio de una frase o palabra. En esta forma se encuentran principalmente las sincinesias o movimientos involuntarios y los trastornos respiratorios.

**b) Clónica.** Es la repetición de sílabas al comienzo o durante el discurso, permaneciendo el ritmo general normal.

**c) Clónico-tónica.** El relato de la palabra queda retardado y luego acelerado, con repetición de sílabas en forma espasmódica, acompañado eventualmente de sincinesias.

**d) Tónica aspirada.** Es el más grave y angustiante para los familiares del sujeto afectado. El inicio del discurso está alterado en una forma que es interpretada por los observadores como un "ahogo", lo que perturba cualquier posible comunicación oral.

Además, frecuentemente se habla de la tartamudez fisiológica. Ciertamente muchos niños atraviesan una etapa de tartamudeo intermitente cuya duración no es superior a uno o dos años, para el cual se ha propuesto el término de tartamudeo del desarrollo (*development stuttering*), especialmente para la tendencia habitual de los niños de 3 años a la repetición de sílabas o de palabras de una sílaba. Otros hablan de tartamudeo primario, como fenómeno generalmente inserto en un contexto de un conflicto psicológico: rivalidades con hermanos menores, dificultad con grupos de pares, ingreso a jardín infantil, disfunciones familiares, etcétera. De hecho, un niño tartamudea o no tartamudea; la repetición no es tartamudez. No hay tartamudez sin una tensión espasmódica o tónica que aparece en la emisión verbal. En estos niños puede existir un mal manejo familiar o ambiental de estas vacilaciones, leves bloqueos o repeticiones. Este problema, que es normal entre los tres y cinco años de edad, se puede acrecentar o convertirse en una espasmofemia verdadera por la ansiedad manifestada por quienes rodean al niño, al exigirle un habla fluida. Es importante comprobar en estos casos si en forma subyacente existe un retraso del lenguaje o del habla, que puede ser tratado por un especialista para un mejor desarrollo de la expresión oral.

En síntesis, la tartamudez debe ser tratada por un equipo multidisciplinario formado por psiquiatras, neurólogos, fonoaudiólogos, psicólogos, etcétera. La tartamudez fisiológica puede tratarse por medio de un adecuado manejo familiar y fonoaudiológico en algunos casos (ver "Pediatria al día", Vol 5 N° 2, 1989).

### Trastornos del desarrollo del habla

Este es un término descriptivo dado al retardo del desarrollo del habla que afecta a niños sanos aparentemente, de inteligencia normal promedio y que reúnen todas las condiciones anatómicas y fisiológicas para hablar bien. Es generalmente un motivo de consulta discutible, por las diversas interpretaciones que dan diferentes grupos de profesionales al hecho de "hablar bien" y a qué edad debe ocurrir esto.

### Trastornos del lenguaje infantil

Van desde las formas más benignas, sin secuelas (retraso simple del lenguaje), hasta las más acentuadas, que crean un menoscabo duradero y comportan graves consecuencias escolares (disfasias). Los trastornos extremos, en los que el lenguaje no aparece antes de los cinco años, son excepcionales.

**Retraso simple.** La mayoría de los niños en los cuales el lenguaje se forma tardíamente tienen después un lenguaje normal. Se trata de un simple retraso en la aparición de las palabras. Muchos no son llevados a consulta, ya que se sabe muy bien que la fecha en que se establece el lenguaje hablado es variable. Sólo si el niño tarda mucho en hablar, a partir de los tres años, por ejemplo, la familia se inquieta, aunque esto varía según la ansiedad e información de los padres. Para señalar con precisión cuándo el retraso de lenguaje es una condición patológica, hay que cotejar la falta de aparición de la palabra con la capacidad de comunicación extraverbal del niño consultante. Por otra parte, una vez que las palabras hayan aparecido es importante que el profesional consultado mantenga bajo su control esta área del desarrollo, incluso más allá del primero básico, para seguir la adquisición de la lectura y escritura. La etiología no se ha precisado: una predisposición genética y condiciones ambientales están en juego y corriente-

mente imbricadas. Es frecuente que el entorno favorezca la mantención del retraso, cuando, por ejemplo, "le pasan" todo al niño cuando éste lo señala en lugar de pedirlo verbalmente. El retraso simple puede confundirse con problemas de audición, retardo mental e incluso autismo.

**Disfasia.** Este es para nosotros un trastorno grave del lenguaje. El término disfasia es empleado aquí en sentido de un trastorno funcional, sin sustrato orgánico clínicamente demostrable. El niño disfásico hace denominaciones yuxtapuestas (denominaciones de personas, de objetos o acciones) o alguna vez frases cortas, independientes unas de otras y dichas dentro del orden que el movimiento o el pensamiento suscita. No están todavía separados de la acción o de las acciones que deben representar. El relato no se domina, los elementos no están coordinados entre sí. Las características de comportamiento extraverbal hacen necesario, no en pocos casos, un diagnóstico diferencial con autismo, que por su dificultad deberá realizarse muchas veces un equipo interdisciplinario. Como factor esencial deberá considerarse la falta de contacto global que existe en el autista, que contrasta con la facilidad con que éste puede lograrse, después de insistir un poco, en el disfásico. Entre las hipótesis etiológicas se mencionan: factores afectivo-emocionales, medio-ambientales, orgánico-cerebrales y constitucionales. El trastorno se prolonga por algunos años en la edad escolar y muchas veces deja secuelas en la vida adulta. Después de los cinco años, el carácter singular persistente de este trastorno del lenguaje lleva a incidencias disléxicas y disortográficas de grado variable, con graves problemas escolares que se prolongan por varios años y que frecuentemente van acompañados de trastornos emocionales de gravedad variable.

Su tratamiento es fundamentalmente fonoaudiológico y de educación especial, con apoyo multidisciplinario.

### Trastornos adquiridos del lenguaje infantil

**Afasia infantil.** Es la pérdida total o parcial del lenguaje en cualquiera de sus formas, como consecuencia de accidentes cerebrovasculares debidos a vasculitis, malformaciones vasculares, hemiplejía infantil aguda, etcétera.

A partir de los tres años se puede hablar de afasia, edad en que ya hay un lenguaje oral medianamente adquirido, si es que el desarrollo lingüístico ha evolucionado normalmente. El pronóstico es más favorable que en los mayores. Después de los nueve-diez años la afasia tiene caracteres cada vez más similares a la del adulto, para acabar identificándose con ella alrededor de los quince años. Sus características habituales son reducción de la expresión verbal espontánea, presencia de trastornos articulatorios, rapidez de recuperación, ausencia de jerga y secuelas en forma de dificultades de aprendizaje.

**Mutismo.** Es la desaparición de un lenguaje hablado existente, sin lesión cerebral, a diferencia de las afasias. Esta definición sitúa al mutismo como una manifestación del orden mental, de manejo psiquiátrico o psicológico. Existen dos tipos clásicos de mutismo: el mutismo total, con desaparición del lenguaje hablado repentino o progresivo, y el mutismo selectivo, en que el niño "enmudece" sólo en ciertas ocasiones y ante ciertas personas.

### Trastornos del lenguaje asociados

El autismo y la esquizofrenia presentan características muy peculiares en el lenguaje, cuyo análisis escapa al propósito de este artículo. En el retardado mental hay alteraciones importantes en la comprensión y nivel semántico del lenguaje, mientras que existe ausencia o muy precario nivel de comunicación en sordos o hipoacúsicos de grado avanzado. Es innegable la importancia de la audición en la adquisición del habla y del lenguaje, como además en la monitorización permanente de las características de la voz. Por lo tanto, ante un retraso de habla o lenguaje, o una voz excesivamente intensa, es necesario aclarar la capacidad auditiva. Mientras más precoces son el diagnóstico y la intervención terapéutica, mejores son las posibilidades que tendrán estos pacientes.

## DIAGNOSTICO

Un destacado foniatra señaló al referirse a la patología del habla y del lenguaje: "Los trastornos del habla son los que no afectan el valor intelectual de la comunicación o lo hacen en forma secundaria y mínima; en cambio, los del lenguaje sí afectan el valor intelectual de la comunicación verbal". Este es el aspecto principal que se debe tener en cuenta en el momento de enfrentarse con alguna alteración de la comunicación, para lo cual se deben responder las siguientes preguntas:

- ¿Se trata de un problema del lenguaje o estamos frente a una alteración del habla? La diferenciación de estos términos implica la atención que daremos al problema, la urgencia que asignaremos a su resolución y la conducta que seguiremos en nuestra relación con la familia, el jardín infantil o el colegio del paciente.
- ¿Se trata sólo de un problema de lenguaje o habla, o bien éste forma parte de un cuadro clínico más amplio?

El papel del pediatra radica en descubrir los signos inherentes a la existencia de posibles problemas de comunicación y, desde luego, tratar la morbilidad asociada con tales trastornos. Una vez identificado el posible problema, debe llevarse a cabo una amplia valoración del fenómeno de la comunicación. Como ayuda en la identificación de estos problemas puede ser útil recordar algunas preguntas:

1. ¿Se observa en el niño una disminución en la reacción para los estímulos sonoros?
2. ¿Es capaz de seguir instrucciones habladas con seguridad?, ¿o impreciona como si no entendiera?
3. Al preguntarle algo, ¿da respuestas que no vienen al caso?
4. ¿Se observa en el paciente dificultad en la expresión por medio del lenguaje hablado de su pensamiento, necesidades y deseos? ¿Cómo es el juego?
5. ¿Hay dificultad para la pronunciación de los sonidos?
6. ¿Tiene alteración de otras áreas del desarrollo?

Además, se deben tener presentes los siguientes aspectos, tanto en la expresión como en la comprensión del lenguaje: uso de gestos, conversación social, ecolalia, atención a los sonidos, observación del rostro y comprensión de gestos.

## TRATAMIENTO Y PRONOSTICO

Una conducta común en el pediatra de antaño era "esperar y ver", "el trastorno ya pasará y evolucionará con la edad y la maduración". Afortunadamente, el mayor conocimiento de este campo ha permitido que esta actitud, por cierto errónea, haya desaparecido. Sería muy extenso enumerar y describir los tratamientos de los distintos trastornos del habla. En general, es de gran utilidad para el tratamiento y el pronóstico contar con un preciso diagnóstico médico-fonoaudiológico, además de un acabado conocimiento del desarrollo normal del habla y del lenguaje infantil, para así recuperar o habilitar adecuadamente la comunicación de acuerdo a patrones de normalidad.

Entre los numerosos factores que deben considerarse están la edad, la etiología y la naturaleza del trastorno.

Frecuentemente los pediatras preguntan: ¿a qué edad debo remitir al niño al fonoaudiólogo? o ¿cuántas palabras debe estar diciendo un niño a tal o cual edad? La derivación debe producirse cuando el esquema de comunicación interpersonal se ve afectado: el emisor (paciente) no logra enviar un mensaje comprensible para el receptor (familia) o el niño no logra comprender un mensaje enviado a él por el entorno. Este es el momento para pensar en un estudio detallado de su situación. Debemos señalar que es efectivo que muchos de los niños son potencialmente capaces de salir solos adelante, sin intervención especializada, pero no sabemos cuáles son los que lo lograrán y a qué costo, por lo que es conveniente, frente a la duda, y si el médico puede recurrir a un fonoaudiólogo, derivar para que este último actúe a nivel de diagnóstico y prevención de las alteraciones que se relacionan con la comunicación: alteraciones afectivas, emocionales, del aprendizaje lecto-escrito, etcétera.

Finalmente, debemos puntualizar algunos aspectos:

1. Un trastorno del habla o del lenguaje puede ser de gran significación para el futuro de un niño. Estos problemas anuncian un posible trastorno del aprendizaje, emocional, conductual o social.
2. Siendo el lenguaje hablado el vehículo por excelencia del pensamiento, se puede especular que toda interferencia en el proceso expresivo o comprensivo tiene una estrecha relación con el desarrollo cognitivo del paciente.
3. Se impone sobremedida el reconocimiento o detección precoz de este tipo de trastorno, siendo generalmente responsabilidad del pediatra la identificación oportuna de estos problemas y su derivación para la orientación especializada.
4. La mayoría de estos trastornos pueden ser superados con terapia especializada.
5. La asistencia a la educación preescolar es un excelente estímulo para el desarrollo normal del lenguaje.

## REFERENCIAS ESCOGIDAS

1. Coplan J, Gleason JR. Unclear speech: Recognition and significance of unintelligible speech in preschool children. *Pediatrics* 1988; 82:447-452.
2. Coplan J. Evaluation of the child with delayed speech or language. *Pediatric Annals* 1985; 14(3):203-208.
3. Launay CL y Borel-Maisonny S. Trastornos del lenguaje, la palabra y la voz en el niño. Toray-Masson, S.A., Barcelona, 1975.
4. Perelló J. Trastornos del habla. Volumen VIII. Editorial Científico Médica, Barcelona, 1977.
5. Van Riper C. Speech correction: Principles and methods. Prentice Hall, New York 1978.
6. Soto-Aguilar O. El pediatra frente a la tartamudez. *Pediatría al Día* 1989; 5(2):89-90.
7. Jule Y, Rutter M. Language developmental disorders. In: *Clinical in developmental medicine*. McKeith Press, 1987; 101-102.