

MESA REDONDA: "Salud mental infantil en atención primaria"

Otras ponencias. Presentada en la XCII Reunión Científica de la Sociedad de Pediatría de Andalucía Occidental y Extremadura. Puerto de Santa María (Cádiz), 10 de noviembre de 2006

Retraso del lenguaje

M.^aL. Vidal Verdú

Psicóloga Clínica. Unidad de Salud Mental Infanto Juvenil.
Hospital Universitario Puerto Real. Cádiz

Cuando nos llega un niño con retraso del lenguaje tenemos que valorar distintos aspectos, especialmente para poder establecer diagnósticos diferenciales con otras patologías psiquiátricas severas, como el autismo, cuyo primer signo de alarma es a menudo el retraso del lenguaje. Hemos así de evaluar no sólo el desfase en el lenguaje (expresivo y comprensivo), sino también otros aspectos de la comunicación no verbal y la interacción social recíproca. Esta ponencia se centrará lo más estrictamente posible en el lenguaje desde el nacimiento hasta los 5 años.

Los niños con retraso del lenguaje tienen más riesgo de padecer futuros trastornos del aprendizaje, así como de presentar más dificultades de integración social que repercuten posteriormente en su adaptación y autoestima^(1,2). Por otra parte, los estudios de investigación señalan una comorbilidad de hasta el 50% con trastornos como el déficit de atención, los trastornos del comportamiento y los trastornos de ansiedad, con lo que no estamos ante un síntoma baladí que haya que desestimar sin realizar antes una adecuada evaluación⁽²⁻⁴⁾.

Cuando hablamos de retraso del lenguaje tendemos a pensar en lo que es el retraso simple del lenguaje, centrándonos en el aspecto expresivo del mismo, sin considerar otros aspectos de la comunicación, como es la capacidad de comprender ese conjunto de símbolos que utilizamos para comunicarnos

y al que llamamos lenguaje. Ambas vertientes (expresiva y receptiva) pueden referirse a cualquiera de sus componentes: forma (fonología, morfología, sintaxis), contexto (semántica) y función (pragmática), dando como resultado distintas alteraciones de la comunicación. De manera muy breve, la *fonología* alude al sistema de sonidos del lenguaje y las normas que controlan la combinación de éstos; la *morfología* es el sistema que controla la estructura y formación de las palabras del lenguaje; la *sintaxis* controla el orden y combinación de palabras en una frase; la *semántica* alude al significado de las palabras y las frases, y la *pragmática* hace referencia al uso social del lenguaje, la capacidad de utilizar el lenguaje para tener una comunicación funcional y socialmente adecuada^(2,3).

Las alteraciones en alguno de estos componentes pueden dar lugar a distintos trastornos de la comunicación. Hay definiciones generales de lo que se considera trastorno de la comunicación. La Asociación Americana del Habla, Lenguaje y Audición lo definió así en 1993: "la dificultad para recibir, enviar, procesar y comprender los conceptos o sistemas simbólicos verbal, no verbal y gráfico". En salud mental, para que un retraso se convierta en patología es necesario que interfiera significativamente en el desarrollo del niño, en su rendimiento académico o en su interacción social. En los sistemas internacionales de clasificación de los trastornos mentales se ha-

bla de trastornos de la comunicación (DSM-IV-TR) o de trastornos específicos del desarrollo del habla y del lenguaje (CIE-10) para aludir a aquellos retrasos o alteraciones del habla y del lenguaje que repercuten negativamente en el desarrollo del niño, teniendo en cuenta siempre la edad evolutiva en la que se encuentra. Es, pues, necesario establecer la presencia de una discrepancia entre la capacidad intelectual no verbal y el desarrollo del lenguaje. De igual manera y dado que, como se ha mencionado, los trastornos del lenguaje comparten síntomas con otras patologías, para llegar al diagnóstico de trastorno de la comunicación se debe haber descartado otras patologías, como la sordera o el autismo, que por sí mismas podrían explicar el retraso del lenguaje. Igualmente, se podría realizar el diagnóstico aunque existiese alteración sensorial siempre que el déficit exceda el habitualmente asociado a estos problemas^(5,6).

Las últimas clasificaciones superan la tradicional distinción entre afasias adquiridas del adulto (tras lesión cerebral) y disfasia evolutiva o del desarrollo, término con el que se aludía a los problemas de lenguaje en la infancia. Actualmente, los trastornos del habla y del lenguaje engloban el trastorno del lenguaje expresivo, el trastorno receptivo del lenguaje, el trastorno fonológico o específico de la pronunciación y el trastorno del desarrollo del habla y del lenguaje sin especificación. El DSM-IV incluye entre los trastornos el tartamudeo, mientras que la CIE-10 recoge la afasia adquirida con epilepsia o síndrome de Landau-Kleffner.

En definitiva, de lo que se trata, como en cualquier otra evaluación, es de no perder de vista cuáles son las causas más frecuentes que provocan aquello que estamos estudiando, pues identificar la causa nos permitirá un diagnóstico más exacto y un abordaje más eficaz. Dado que entre las causas que con mayor frecuencia se asocian a retraso del lenguaje se sitúan el retraso mental, la sordera y el autismo, nos tendremos que ir centrando en los aspectos clínicos relevantes que permitirán ir descartando etiologías. Otras posibles causas son la parálisis cerebral y trastornos de sistema nervioso central (SNC), alteraciones craneofaciales (p. ej., fisura palatina), trastorno genético como el X-frágil o incluso el mutismo selectivo⁽⁷⁾.

De manera general, un niño con retraso mental presenta retraso no sólo en el área del lenguaje expre-

sivo, sino también en el receptivo, así como pobres habilidades adaptativas y desfases en el desarrollo motor grueso y fino. Una evaluación más objetiva requerirá la aplicación de pruebas estandarizadas (en menores de 4 años generalmente escalas de desarrollo psicomotor) con la derivación oportuna a salud mental. En cuanto al déficit auditivo, todo niño con retraso del habla y del lenguaje debería ser remitido para una evaluación auditiva que descarte hipoacusia.

Hay también otras causas que se han asociado a problemas en la adquisición del habla y del lenguaje, como vivir en una familia con varios idiomas, ser gemelo o la deprivación sociocultural. No obstante, aunque estos factores sí pueden influir en un aprendizaje más lento, ello no justifica que no se realice una evaluación completa para descartar patologías o trastornos.

Los factores de riesgo más consistentemente informados son los antecedentes familiares, factores perinatales e incluso el género masculino⁽¹⁾. Otros factores menos asociados han sido los niveles educativos de los padres, enfermedades de la infancia, orden de nacimiento o tamaño de la familia.

Por todo lo dicho, para hacer una adecuada exploración debemos realizar la anamnesis, haciendo especial hincapié en la adquisición de hitos evolutivos del lenguaje expresivo y comprensivo, una evaluación clínica que descarte anomalías en los órganos fonatorios y cualquier sospecha de malformación sindrómica, y la realización de las pruebas complementarias necesarias, entre las que se encuentran la audiometría y las evaluaciones psicométricas y psiquiátricas pertinentes⁽⁸⁾. Se recomienda, como parte de la evaluación clínica, la realización de un electrocardiograma (EEG) durante el sueño para aquellos casos de regresión en el habla, para descartar la afasia de Landau-Kleffner, que cursa con anomalías paroxísticas en el EEG y en la mayoría de los casos ataques epilépticos.

Según las cifras, son muchos los niños que llegan a la consulta con estas dificultades. Se estima que cerca del 10% de los niños en edad escolar pueden llegar a presentar alteraciones auditivas o del habla y del lenguaje⁽⁹⁾. Otros autores nos hablan de una prevalencia de hasta el 14,34% de trastornos del lenguaje en niños de edad preescolar hasta los 9 años (Peralta y Narbona, 1990). Pero, también según las cifras, más de la mitad pueden remitir espontá-

Tabla I. Hitos en el desarrollo del lenguaje

	<i>Lenguaje receptivo</i>	<i>Lenguaje expresivo</i>
0-1 año	<ul style="list-style-type: none"> • Lateraliza sonidos • Reconoce su nombre • Responde al "no" • Empieza a reconocer palabras comunes 	<ul style="list-style-type: none"> • Lloro para comunicar necesidades y emociones • Expresa alegría sonriendo • Primeras palabras
1-2 años	<ul style="list-style-type: none"> • Escucha historias simples • Sigue órdenes sencillas • Identifica partes del cuerpo • Identifica objetos simples cuando se le pide 	<ul style="list-style-type: none"> • Aumenta el vocabulario • Frases de 1 a 2 palabras
2-3 años	<ul style="list-style-type: none"> • Desarrolla conceptos (arriba-abajo; grande-pequeño) • Sigue órdenes dobles 	<ul style="list-style-type: none"> • Aumenta más el vocabulario • Frases de 2 a 3 palabras • Preguntas "por qué"
3-4 años	<ul style="list-style-type: none"> • Comprende y responde preguntas simples • Comprende la función de los objetos 	<ul style="list-style-type: none"> • Frases de 4 o más palabras • Habla de sucesos recientes • Se le comprende fácilmente
4-5 años	<ul style="list-style-type: none"> • Comprende secuencias • Responde a preguntas "cómo" • Sigue órdenes que contengan conceptos básicos 	<ul style="list-style-type: none"> • Se comunica fácilmente con otros • Da detalles y usa gramática "tipo adulto" (p. ej., "rompido") • Puede mantener temas • Puede tener dificultad con algunos sonidos (/r/)

Adaptada de Downey et al.⁽⁷⁾.

neamente incluso antes de los 3 años... ¿qué se puede hacer?

Son varias las preguntas cruciales a la hora de evaluar y que van a determinar nuestra intervención, una vez que se ha descartado alteración intelectual, sensorial o trastorno mental:

- ¿En qué nivel de desarrollo se sitúa el lenguaje expresivo en relación con la edad cronológica?

- De manera aún más específica e importante, ¿son paralelos el desarrollo del lenguaje expresivo y el comprensivo?

- Y, por último, ¿cómo está interfiriendo en su desarrollo evolutivo?

Hay muchas escalas de desarrollo psicomotriz en la primera infancia que contemplan el área del lenguaje y que ayudarían a responder a la primera pregunta. Algunas de ellas son las que siguen: escala de desarrollo de Gesell (de 1 a 60 meses), escala de desarrollo de Bayley (2 a 30 meses) o escala de desarrollo psicomotor de Brunet-Lèzine (0-30 meses). Otras valoran de manera más específica el desarrollo del lenguaje, como el ITPA (test de aptitudes psicolingüísticas de Illinois, para niños de 3 a 10 años), o la inteligencia general, como el WPPSI o el WISC-R. Es-

pecialmente de las primeras destacaremos una serie de hitos (**Tabla I**) que se deben adquirir en determinados momentos evolutivos y que, de no hacerlo, constituirán los primeros signos de alarma.

Ningún padre nos trae a su hijo menor de un año planteando el retraso del lenguaje y, sin embargo, ya hay determinados hitos que debería haber adquirido el pequeño en este tiempo: el uso del llanto y la sonrisa para comunicarse, la aparición del balbuceo y silabeo en torno a los 6 meses, primeras palabras al final del primer año. En cuanto al lenguaje comprensivo, ya debe haber aparecido la respuesta de orientación y lateralización al sonido, especialmente cuando se le llama por su nombre; debe responder al no y reconocer algunas palabras comunes. Con 2 meses responden a la voz humana inmovilizándose, y con 3 meses vocalizan cuando se les habla.

Entre los 12 y 24 meses de vida el vocabulario llega a ampliarse hasta 50 palabras y los niños son capaces de unir dos palabras en una frase. A los 12 meses sacuden la cabeza para decir no, y hablan en jerga de manera expresiva. Respecto al lenguaje receptivo, son capaces de escuchar pequeñas historias, al menos durante 2-3 minutos. Siguen ór-

denes simples y pueden identificar partes de su cuerpo.

De los dos a los tres años el vocabulario aumenta de forma explosiva. Forman oraciones de tres o más palabras y comprenden conceptos descriptivos como grande y pequeño. Obedecen órdenes complejas, de dos instrucciones en la misma frase (p. ej., “coge la galleta y ponla encima del plato”), sin necesidad de acompañarlas de gestos. En esta edad los niños amplían su curiosidad e interés por las cosas que les rodean preguntando los famosos porqués. Empiezan a usar pronombres como “yo”, “mío”, “tuyo”.

De esta manera, las señales de alerta o signos de alarma ante lo que puede ser un desarrollo alterado son las ausencias o los retrasos en la adquisición de estas habilidades. En los menores de un año, estas señales de alarma se centran fundamentalmente en la ausencia de respuestas de orientación a los sonidos, especialmente a la voz humana, sin observar la cara del adulto cuando le habla y sin vocalizar sonidos, sobre todo como respuesta a quien le habla. De los 12 a los 23 meses debiéramos preocuparnos si los niños no señalan, su lenguaje se limita a sonidos vocálicos sin llegar a imitar otros sonidos, no reaccionan al “no” ni ante órdenes simples tipo “ven”, o “dame”, si no se acompañan de gestos.

De los tres a los 4 años las personas ajenas al niño (no familiares) son capaces de comprender gran parte de lo que el niño dice. El niño reconoce los absurdos (p. ej., “¿es una pelota o es tu cabeza?”) y se divierte con ellos. Le gustan las rimas, repite oraciones y responde a preguntas simples. Habla de las cosas que suceden y también de sentimientos (p. ej., “estoy enfadado”). Identifica colores y clasifica por categorías (p. ej., los animales, las cosas que sirven para comer...). De los 4 a los 5 años entiende preguntas más complejas. Su pronunciación mejora, aunque aún tenga dificultades con las palabras largas o difíciles y con determinados fonemas. Usa algunos verbos irregulares (“cayó”) y gramática “tipo adulto” (p. ej., “se ha rompido”). Va comprendiendo más conceptos espaciales (detrás, cerca de). Pueden prestar atención a cuentos más largos. La ausencia de estos avances, el lenguaje ininteligible a estas edades constituyen las señales de alarma.

Lo determinante es que observemos el interés del niño por comunicarse, sustituyendo su déficit de lenguaje expresivo por gestos y señalamientos adecua-

dos. Es importante observar que la ausencia de este interés es siempre un signo de alarma.

Para valorar el lenguaje en la consulta se aconseja utilizar un pequeño diálogo con unas cuantas preguntas, siempre las mismas para permitir comparaciones, y solicitar algunas órdenes simples y complejas que incorporen conceptos que deben estar adquiridos.

¿Y qué se les puede decir a los padres desde que nace el bebé?:

- Pase mucho tiempo comunicándose con su hijo, desde bebé: háblele, cántele, anímele a imitar sonidos y gestos.

- Léale cuentos desde los 6 meses. Busque libros con ilustraciones que el niño pueda mirar, imitar y tocar texturas. Conforme sea mayor, pídale que señale imágenes y las nombre. Continúe con poemas que rimen y cuentos que permitan predecir lo que ocurrirá.

- Aproveche las situaciones cotidianas: nombre productos de supermercados, señale objetos de la casa, hágale notar los sonidos que producen. Hágale preguntas y muéstrese atento a sus respuestas. Emplee un vocabulario sencillo, pero nunca lenguaje infantil.

CONCLUSIONES

En todos los casos que se observe, sea cual sea la edad del niño, que la alteración del lenguaje interfiere en su desarrollo, esto es, está afectando su rendimiento escolar e integración sociofamiliar, se aconseja derivación a salud mental. Se aconseja, asimismo, valoración por parte de salud mental en todos aquellos casos en los que el lenguaje receptivo esté también alterado o que se sospeche la presencia de otra patología (hiperactividad, trastornos de las emociones o del comportamiento) que influya en su evolución.

Ante un niño que presenta retraso del lenguaje expresivo, pero no comprensivo, que compensa adecuadamente el déficit mediante gestos esforzándose por comunicarse, sin que se vea afectado su desarrollo escolar o social, podemos dar pautas a los padres para que estimulen el lenguaje oral, haciendo un seguimiento estrecho para apreciar la evolución. *Todo ello habiendo descartado alteración sensorial, retraso intelectual o sospecha de otra patología psiquiátrica más severa (como el autismo) que en sí misma justificase derivación a salud mental.*

En cualquier caso sería recomendable derivar bien a atención temprana (de 0 a 4 años), bien aconsejar valoración por parte del equipo de orientación educativa (EOE), una vez iniciada la escolarización.

BIBLIOGRAFÍA

1. Nelson HD, Nygren P, Walker M, Panoscha R. Screening for speech and language delay in preschool children: systematic evidence review for the US Preventive Services Task Force. *Pediatrics* 2006; 117: 298-319.
2. Feinstein C, Phillips JM. Trastornos del aprendizaje, de las habilidades motoras y de la comunicación. En: Wiener JM, Dulcan MK. *Tratado de psiquiatría de la infancia y la adolescencia*. Barcelona: Masson; 2006.
3. Bishop D. Speech and language difficulties. En: Rutter M, Taylor E. *Child and Adolescent Psychiatry*. 4th ed. Oxford: Blackwell; 2002.
4. Caballero R, Mojaró MD. Trastornos específicos del desarrollo del habla y lenguaje. Tartamudeo. Farfalleo. En: Gutiérrez Casares, Rey Sánchez (coords.). *Planificación terapéutica de los trastornos psiquiátricos del niño y del adolescente*. Madrid: Smithkline-Beecham; 2000.
5. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorder*. 4th ed. Barcelona: Masson (ed esp); 2002.
6. Organización Mundial de la Salud. *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders*. OMS; 1992.
7. Downey D, Mraz R, Knott J, Knutson C, Holte L, Van Dyke D. Diagnosis and evaluation of children who are not talking. *Inf Young Children* 2002; 15 (2): 38-48.
8. Busari J, Weggelaar NM. How to investigate and manage the child who is slow to speak. *BMJ* 2004; 328: 272-6.
9. Ramos F, Manga D. Psicopatología del lenguaje. En: Belloch A, Sandín B, Ramos F. *Manual de psicopatología*, McGraw-Hill/Interamericana de España; 1995.
10. Glogowska M, Roulstone S, Enderby P, Peters TJ. Randomised controlled trial of community based speech and language therapy in preschool children. *BMJ* 2000; 321: 1-5.
11. Álvarez MJ, Crespo N. *Trastornos de aprendizaje en pediatría de Atención Primaria*. IV Jornada de Actualización en Pediatría. FORO Pediátrico.