

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA, MANAGUA**  
**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**  
**UNAN-MANAGUA**



**UNIVERSIDAD  
NACIONAL  
AUTÓNOMA DE  
NICARAGUA,  
MANAGUA**  
UNAN - MANAGUA

**TESIS PARA OPTAR AL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN FISIATRÍA**

**Comportamiento de los trastornos del lenguaje en niños atendidos en el servicio de  
logopedia del Hospital Aldo Chavarría, 2019 al 2021**

**Autor: Dra. Thelma Fernanda Balladares Norori**  
**Médico Residente de Fisiatría**  
**Hospital de rehabilitación Aldo Chavarría**

**Tutor: Flor de Iy Abarca**  
**Especialista en Fisiatría**  
**Hospital de rehabilitación Aldo Chavarría**

**Managua, febrero 2022**

## I. CARTA AVAL DEL TUTOR

Carta aval del tutor científico de la tesis para optar al título de especialista en medicina física y de rehabilitación.

Por este medio, hago constar que la tesis de postgrado para optar al título de **Especialista en Fisiatría**, titulada **Comportamiento de los trastornos del lenguaje en atendidos en el servicio de logopedia del Hospital Aldo Chavarría, 2019 al 2021** elaborada por **Thelma Fernanda Balladares Norori**, cumple los criterios de coherencia metodológica de un trabajo de tesis de postgrado, guardando correctamente la correspondencia necesaria entre problema, objetivos, tipo de estudio, conclusiones y recomendaciones. Además, reúne los criterios de calidad y pertinencia, abordó en profundidad un tema complejo, cumple con la fundamentación bioestadística, que da el soporte técnico a la coherencia metodológica de la presente tesis de postgrado, reuniendo de esta manera los parámetros de calidad necesarios para su defensa, como requisito parcial para optar al título de **Especialista en Fisiatría**, que otorga la **Facultad de Ciencias Médicas, de la UNAN-Managua**.

Se extiende el presente aval del tutor científico, en la ciudad de Managua, a los veintitres días del mes de febrero del año dos mil veinte y dos.

## **II. DEDICATORIA**

A Dios que no me ha abandonado a lo largo de este camino.

A mi familia que han sido parte fundamental en mi vida y me apoyan siempre en todo momento.

A todos los que confían en mí y no dudaron nunca en que puedo lograr todo lo que me propongo.

### **III. AGRADECIMIENTO**

Primeramente, doy gracias a Dios que su amor y bondad no tienen fin, que me permite realizar las metas que me propongo y no me ha abandonado nunca.

A mi mamá Verónica Norori, mi papá Néstor Balladares y mis hermanos por siempre estar en todo momento vivido a la largo de estos años, apoyarme incondicionalmente en todo lo que me propongo, nunca abandonarme cuando más los necesito y ayudarme a lograr las metas que me propongo.

A mis compañeros fisiatras y futuros fisiatras que siempre me apoyaron a lo largo de estos 3 años.

Al Hospital Aldo Chavarría y todo su personal por abrir sus puertas, ser mi casa de enseñanza y sobre todo mi segundo hogar, gracias por todos los conocimientos adquirido de parte de cada uno en todas sus áreas.

Este nuevo logro es en gran parte gracias a ustedes; he logrado concluir con éxito una meta que en un principio podría parecer titánica e interminable.

#### IV. RESUMEN

Este estudio se realizó con el objetivo de saber el comportamiento de los trastornos del lenguaje en niños menores de 6 años atendidos por primera vez en consulta externa del servicio de logopedia en el Hospital Aldo Chavarría, 2019 al 2021. Este es un trabajo observacional, descriptivo, retrospectivo, transversal. La información se obtuvo mediante un llenado de ficha de los expedientes. Con ayuda de material bibliográfico, se empezó a trabajar, investigar, y analizar, lo cual permitió establecer las conclusiones. Con los datos obtenidos se encontró que en las características sociodemográficas predominó el sexo masculino, con edad 3 años, la mayor parte proviene del departamento de Managua y la mayoría no tenían hermanos ni inicio a la educación. El trastorno de lenguaje más frecuente fue el Retraso Simple del Lenguaje. En cuanto a la interconsulta fue de mayor frecuencia la especialidad de otorrinolaringología y patología asociada la parálisis cerebral. En intervención logopédica predominó los ejercicios de praxias, soplos y onomatopeyas.

**Palabras claves:** trastornos del lenguaje, familia, escolar, socialización, terapia del lenguaje.

## INDICE

<b>I. CARTA AVAL DEL TUTOR .....</b>	<b>1</b>
<b>II. DEDICATORIA.....</b>	<b>2</b>
<b>III. AGRADECIMIENTO .....</b>	<b>3</b>
<b>IV. RESUMEN.....</b>	<b>4</b>
<b>1. INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>7</b>
<b>2. ANTECEDENTES.....</b>	<b>9</b>
<b>3. JUSTIFICACIÓN.....</b>	<b>11</b>
<b>4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....</b>	<b>13</b>
<b>5. OBJETIVOS .....</b>	<b>15</b>
<b>5.1. Objetivo General .....</b>	<b>15</b>
<b>5.2. Objetivos específicos .....</b>	<b>15</b>
<b>6. MARCO TEORICO.....</b>	<b>16</b>
<b>6.1. Bases neurológicas del lenguaje .....</b>	<b>16</b>
<b>6.2. Bases sociales y cognoscitivas del lenguaje .....</b>	<b>18</b>
<b>6.3. Dimensiones del lenguaje.....</b>	<b>19</b>
<b>6.4. Señales de alerta en el desarrollo del lenguaje .....</b>	<b>20</b>
<b>6.5. Origen de las alteraciones del lenguaje .....</b>	<b>23</b>
<b>6.6. Habilidades afectadas en un trastorno del lenguaje .....</b>	<b>24</b>
<b>6.7. Trastorno del lenguaje.....</b>	<b>25</b>

<b>6.9. Patologías asociadas .....</b>	<b>53</b>
<b>7. DISEÑO METODOLÓGICO .....</b>	<b>57</b>
<b>8 RESULTADOS .....</b>	<b>63</b>
<b>9 DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.....</b>	<b>71</b>
<b>10 CONCLUSIONES .....</b>	<b>73</b>
<b>11 RECOMENDACIONES .....</b>	<b>74</b>
<b>12 BIBLIOGRAFÍA .....</b>	<b>76</b>
<b>13 ANEXOS.....</b>	<b>79</b>

## 1. INTRODUCCIÓN

El lenguaje es el sistema de códigos empleados por el ser humano para lograr la comunicación con los demás, puede realizarse de manera verbal o no verbal. El desarrollo del lenguaje es importante ya que si no se tiene un adecuado desarrollo o estimulación puede tener retrasos significativos que posteriormente dará diversas complicaciones que van a tener repercusiones en la vida diaria. (Peña-Casanova, 2001)

La familia es el primer puente de unión entre el recién nacido y el mundo de las palabras, aquel vínculo, posteriormente seguirá desempeñando un papel muy importante. La integración a la educación aparece más tarde como una nueva oportunidad para desarrollarse como personas y mejorar las habilidades lingüísticas. Tanto la familia como la escuela son importantes en la evolución infantil y, por tanto, deben establecerse entre sí vínculos comunicativos fuertes. Cuando aparecen problemas en el lenguaje esta comunicación se vuelve aún más fundamental. (Aguado, 2013)

La interacción social inicia desde el núcleo familiar es donde el niño comienza a adquirir sus habilidades básicas para comunicarse con su entorno, desde el contacto con la madre, padre, hermanos, abuelos, primos, etc. Los niños aprenden a través de la observación, lo que se presenta en su entorno ellos lo harán, por lo que los niños aprenderán del día a día de sus padres, de la familia que le rodea, y de los niños de edades similares con los cuales socializan en los centros educativos, además este irá desarrollando una personalidad u otra según su entorno. (Maistre, 1979)

Actualmente se vive en una sociedad que no permite a las familias dedicar mucho tiempo a sus hijos/as, todo el tiempo que deberían o quisieran debido a múltiples factores como es el trabajo y

los quehaceres del hogar, cabe destacar que se puede interactuar con los hijos mediante juegos o actividades lúdicas en cosas habituales de la vida diaria, pero hay que educar a los padres o tutores de esto para poder realizarlos y así estimular adecuadamente esta área. (Periáñez, 2017)

Es importante educar a los padres de familia y tutores la importancia de la interacción social e interpersonal que deben de tener los niños desde el nacimiento y la edad escolar, no evitarla como la hace la mayoría de los padres al ver que tienen algún trastorno del lenguaje. (Rigo, 2005)

Se debe tener claro de las múltiples repercusiones que implica un trastorno del lenguaje en el infante y como puede afectar de manera emocional, social y académico. (Myers, 2007)

## 2. ANTECEDENTES

Sobre temas de trastornos de lenguaje hay estudios previos los cuales se presentan a continuación:

Según un estudio de Claudio Bahamonde, Elisabet Serrat y Montserrat Vilà, 28 de enero de 2021.

A nivel Mundial Habitualmente se suele detectar desde los 4 años, posee una prevalencia del 7,58% y presenta una proporción de 1,22:1 entre varones y mujeres. Las conclusiones señalan la necesidad de contar con mayor número de intervenciones basadas en un enfoque interactivo-colaborativo, ampliar la cobertura de objetivos hacia las necesidades de aprendizaje y cognitivas derivadas del Trastorno del Desarrollo del Lenguaje, así como considerar los diseños intra-sujetos, con observación de efectos a mediano y largo plazo que incluya a jóvenes y adultos.

Aguilera Albesa, O. Busto Crespo, noviembre 2012. Concluyeron que en Europa el desarrollo del lenguaje viene retrasado en el 10-14% de los niños menores de 6 años. De estos, dos terceras partes corresponden a retraso articulatorio y retraso simple del lenguaje, que presentan una evolución favorable. A partir de la etapa escolar queda un 4% de niños con patología del lenguaje de naturaleza diversa: el 0,3% tienen un déficit instrumental de audición o de los órganos fonoarticulatorios, el 2,2% presentan retraso mental y/o trastorno del espectro autista, y el 1,5% de esta población escolar tiene una disfasia.

Moran Alvarado, M. R., Vera Miranda, L. Y., & Morán Franco, M. R. (2017). “Los trastornos del lenguaje y las Necesidades Educativas”. Concluyó que la atención a los trastornos del lenguaje resulta una condición de proceso educativo escolar y por tanto la estandarización curricular de los aprendizajes debe presidir cualquier intervención, al ajustar su acceso progresivo y con el empleo de los recursos disponibles.

A nivel nacional, todavía no se cuentan con estudios referentes del tema, lo que implica que este trabajo será pionero en esta área de estudio lo que servirá de documento de referencia para aquellos investigadores en la disciplina de medicina que pretendan desarrollar líneas de investigaciones de este tema.

### 3. JUSTIFICACIÓN

Son múltiples los factores que han ocasionado algún retraso en el desarrollo del lenguaje, por mencionar alguno, se tiene la disminución de la socialización con los demás niños acorde a su edad.

El máximo desarrollo del lenguaje se da a la edad de los tres años, etapa en la cual se inicia la integración a la educación por lo que es de suma importancia que el infante se relacione con otras personas.

Es importante considerar que debido a la situación higiénico sanitaria actual, la asistencia a los recintos escolares ha sido irregular y en la mayoría de los casos se ha optado por continuar los estudios desde el hogar de manera virtual.

Ante un trastorno del lenguaje además de la socialización se debe contemplar si el niño padece alguna afectación a nivel auditivo, neurológico u otra causa orgánica que impida su adecuado desarrollo de lenguaje.

Se tiene que tomar en cuenta la evolución que tendrá un niño que tenga un retraso del lenguaje debido a que se puede desarrollar alteraciones en las habilidades sociales y académicas que son necesarias para el desarrollo psicosocial y del aprendizaje.

En los últimos 3 años hubo un aumento de los pacientes atendidos por primera vez con trastornos del lenguaje con un énfasis en el último año de un 193% de aumento comparado con los años anteriores.

Es importante conocer comportamiento con trastornos del lenguaje en niños menores de 6 años para detección temprana e intervención adecuada de la misma. De ahí la importancia de este tema monográfico.

## **4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

### **4.1. Caracterización**

El lenguaje es el sistema de comunicación que utiliza el ser humano para expresarse y comprender a otras personas. Los trastornos del lenguaje afectan en una o en todas sus dimensiones limitando la transmisión de información. Se suele diagnosticar antes de los 4 años, con una proporción igual en hombres y mujeres que suele tener buena evolución al integrarlos a centros educativos. (Bahamonde, 2021)

### **4.2. Delimitación**

En el Hospital de Rehabilitación Aldo Chavarría se atiende a un promedio de 14865 pacientes anual, en el servicio de logopedia acuden cada año 1680 personas de los cuales 475 tienen el diagnóstico de trastornos de lenguaje, lo que representa un 28% de la consulta que se atiende en esta unidad asistencial, por un recurso capacitado el cual realiza las terapias, con el objetivo de mejorar las habilidades lingüísticas, entrenar a los pacientes y familiares con las estrategias adecuadas para una apropiada comunicación y mejorar la calidad de vida de estos.

### **4.3. Formulación**

¿Cómo es el comportamiento de los trastornos del lenguaje en los niños menores de 6 años atendidos por primera vez en consulta externa del servicio de logopedia del hospital Aldo Chavarría entre el periodo del 2019 al 2021?

### **4.4. Sistematización**

Las preguntas de sistematización derivadas del problema son las siguientes:

1. ¿Cuáles son las características sociodemográficas de los pacientes con trastornos del lenguaje?
2. ¿Cuáles son los trastornos del lenguaje en los niños atendidos por primera vez en logopedia?

3. ¿Cuáles son las patologías asociadas y que interconsultas se realizan en los niños con trastornos del lenguaje?
4. ¿Cuál es la terapia implementada a los niños con trastornos del lenguaje?

## **5. OBJETIVOS**

### **5.1. Objetivo General**

Describir el comportamiento de los trastornos del lenguaje en los niños menores de 6 años atendidos por primera vez en consulta externa del servicio de logopedia del Hospital Aldo Chavarría en el periodo comprendido 2019-2021.

### **5.2. Objetivos específicos**

1. Describir las características sociodemográficas en los niños con trastornos del lenguaje.
2. Identificar los tipos de trastornos del lenguaje.
3. Listar las patologías e interconsultas en los niños con trastornos de lenguaje.
4. Definir la terapia implementada en niños con trastornos del lenguaje.

## 6. MARCO TEORICO

### Concepto de lenguaje

El lenguaje verbal ha sido definido durante años de diferentes maneras. Desde el punto de vista de la lingüística, el lenguaje es la capacidad de comunicación que tiene el ser humano para relacionarse. Es universal, común para todas las personas y puede materializarse de múltiples formas. (Lecours, 1979).

### 6.1. Bases neurológicas del lenguaje

Para conocer las bases neurológicas del lenguaje, a continuación, se describen las distintas áreas que participan en la funcionalidad del lenguaje:

- Área de Broca: está situada en el lóbulo frontal izquierdo, al pie de la tercera circunvolución. Según el mapa de Brodmann, corresponde las áreas 44 y 45. Las funciones del área de Broca corresponden a la expresión y comprensión de estructuras sintácticas, además de participar en la planificación y programación motora de la articulación del habla. (Muñoz, 2003).
- Áreas de Brodmann (46 y 47): el área 46 presenta una relación tanto con las funciones ejecutivas como con la comprensión de oraciones. Trabajos y estudios recientes verifican que ambas áreas participan en el procesamiento sintáctico. (Muñoz, 2003).
- Área de Wernicke: está situada en el lóbulo temporal izquierdo en la primera circunvolución temporal posterior (AB 22 y 42). Sus funciones son la comprensión auditiva y el procesamiento de la selección del léxico. (Muñoz, 2003).

- Circunvolución supramarginal: está localizada en el lóbulo parietal inferior, AB 40. Las funciones de esta zona son el procesamiento fonológico y la escritura. El modelo propuesto por Baddeley está relacionado con la circunvolución supramarginal. (Muñoz, 2003).
- Circunvolución angular: está localizada en el lóbulo parietal izquierdo. Se corresponde con el área AB 39, la cual, es un área terciaria que presenta un importante papel en la integración multimodal, es decir, visual, auditiva y táctil, y en el procesamiento semántico, esto es, cálculo, escritura y lectura. (Muñoz, 2003).
- Lóbulo temporal: la memoria semántica se encuentra situada en la región lateral de ambos lóbulos temporales. Se encuentra formado por el polo temporal (AB 38), la segunda circunvolución temporal (AB 20) y parte de la circunvolución fusiforme (AB 37). Existe una conexión entre estas zonas y la primera circunvolución temporal, la cual es crucial para el procesamiento léxico-semántico; de manera que forma parte del proceso de denominación y comprensión de palabras. (Muñoz, 2003).
- Lóbulo de la ínsula: existen planteamientos sobre una correlación entre el lóbulo de la ínsula y la conversión de los fonemas en información motora, para que esta pueda ser leída en el área de Broca. Por otra parte, la ínsula anterior está relacionada con el procesamiento articulatorio complejo. La ínsula, por tanto, tendría el papel de llevar a cabo un procesamiento intermedio entre el lenguaje y el habla. (Muñoz, 2003).
- Cerebelo: recientes estudios han demostrado que las funciones del cerebelo no solamente se limitan a la actividad motora, sino que este también participa en la modulación tanto de la función

verbal como de la fluencia verbal, evocación de la palabra, sintaxis, lectura, escritura y habilidades metalingüísticas. (Muñoz, 2003).

## **6.2. Bases sociales y cognoscitivas del lenguaje**

Con base en la inmensa cantidad de estudios que lo avalan, hoy en día, es posible afirmar que la comunicación surge antes del lenguaje. (Gortazar, 2002)

Desde el nacimiento y, a lo largo de las primeras semanas, el bebé llora, grita, agita las piernas, emite sonidos, sonrío de una manera que cada vez es más fácil de ser interpretada por los padres. Aproximadamente hacia los dos o tres meses, los bebés ya sonrío a una enorme variedad de estímulos, especialmente si se trata del rostro humano. En emisiones vocálicas durante los primeros meses de vida, predomina el llanto, el cual aparece en primer lugar en el repertorio infantil. (Gortazar, 1999)

En paralelo, se ha ido observando, mediante estudios e investigaciones, que los niños ciegos de nacimiento empiezan a sonrío a la misma edad que aquellos bebés que ven. Primera fase: los adultos interpretan el repertorio de las conductas infantiles como señales comunicativas.

Segunda fase: la emergencia de la intencionalidad en las conductas infantiles prelingüísticas. La función de los gestos, miradas y vocalización “El gesto es una invitación a la acción, que, en realidad, es el intento que hace el niño para influir en la conducta del adulto de su entorno” (Siguán, 1984).

Conductas comunicativas (Gortazar, 1999)

- Instrumental: el niño pretende que el adulto le alcance un objeto alejado y deseado.
- Regulativa: los niños intentan que el adulto ejecute una acción, deseada por ellos.

- Interactiva: el niño intenta mantener el contacto con aquello que le interesa conseguir.
- Personal: los niños expresan su propia individualidad.

### 6.3. Dimensiones del lenguaje

La dimensión formal o estructural entiende que el lenguaje es un sistema de signos con una organización interna concreta, la cual puede ser descrita. (Peña-Casanova, 2001)

La dimensión funcional explica para qué se utiliza el lenguaje, el cual, mediante su adquisición y uso permite el desarrollo de formas específicas de relación y de acción con el medio. Hace referencia a la comunicación e interacción social, al conocimiento de la realidad y a la expresión emocional. (Peña-Casanova, 2001)

La dimensión comportamental del lenguaje hace referencia al tipo de actividad o conducta que llevan a cabo tanto el emisor como el receptor cuando se enfrentan en una situación comunicativa, en la que, respectivamente, utilizan un código de símbolos o signos comunes y conocidos para ambos. (Peña-Casanova, 2001)

Respuestas perceptivo-atencionales

El bebé indica mediante diferentes respuestas, como volverse al oír una voz visual, atender de forma sostenida a algún estímulo visual o auditivo, que el bebé percibe a su alrededor. (Pérez, Escoto, 2013)

Imitación temprana

La imitación temprana, ya sea mediante la sonrisa o mediante gestos afectivos, es una de las piezas clave para el desarrollo de la intención comunicativa en los seres humanos, convirtiéndose en un intercambio tanto social como comunicativo. (Pérez, Escoto, 2013)

## Intencionalidad

Inconscientemente los bebés quieren comunicarse con los adultos, para conseguir satisfacer alguna necesidad. Conductas como el llanto suelen ser innatas, sin embargo, desarrollada cierta intencionalidad, dicho llanto se convierte en un recurso utilizado por el bebé. (Pérez, Escoto, 2013)

## Acción-reacción

La acción-reacción y la intencionalidad suelen desarrollarse a la par, debido a que ambas están relacionadas. Por poner un ejemplo, los bebés utilizan a sus padres para conseguir una meta, es decir, el bebé aprende que, si tiene hambre y llora, su cuidador lo atenderá y le dará de comer. (Pérez, Escotto, 2013).

### **6.4. Señales de alerta en el desarrollo del lenguaje**

En este apartado, se realizará una clasificación por edades a lo largo del desarrollo del lenguaje, donde se encontrarán las señales de alerta a las que hay que prestar atención: (Bosch, 1984)

- Entre los 0 y 12 meses:

- Succión deficitaria, atragantamiento con líquidos (1-2 semanas).

- Llanto débil (3-4 meses).

- No sonrío ante las caras o voces familiares (3 meses).

- No imita o produce sonidos (4 meses).

- No responde o no se orienta hacia los sonidos o a la voz humana (5 meses).

- Ausencia de sonidos (5-9 meses).

- No balbucea (8 meses).

- No presta interés a los juegos repetitivos tales como el cu-cú (8 meses).

-No utiliza gestos como “adiós”, “palmitas” (12 meses).

• Entre los 12 y 24 meses:

-Casi no balbucea o si lo hace hay poca variación de sonidos.

-Falta de respuesta a nombres familiares, sin apoyo gestual.

-No utiliza gestos tales como saludar o decir adiós o negar con la cabeza.

-Casi no balbucea o si lo hace hay poca variación de sonidos.

-Falta de respuesta a nombres familiares, sin apoyo gestual.

-No utiliza gestos tales como saludar o decir adiós o negar con la cabeza.

-No señala para mostrar o pedir.

-No señala, mira o toca objetos denominados por el adulto (18 meses).

-No responde a su nombre.

-Falta de respuesta a palabras como: dame, mira, ven (18 meses).

-Preferencia en el uso de gestos en lugar de palabras o vocalizaciones.

-No usan expresiones de 2 palabras teniendo 2 años.

Entre los 2 y los 3 años:

-Ausencia de palabras simples.

-Utiliza menos de 4-5 consonantes.

-No responde a denominación de objetos o acciones familiares (sin apoyo gestual), fuera de contexto.

-No entiende órdenes simples (referidas a objeto y/o acción).

-Ininteligibilidad de la mayor parte de sus producciones.

-Ausencia de combinación de dos palabras.

-Lenguaje ecolálico (repite todo lo que se le dice).

-Falta de interacción con los demás.

-Juego restringido o repetitivo.

-Frustración en situaciones comunicativas.

-Problemas en la masticación.

-Falta de control en el babeo.

Entre los 3 y los 4 años:

-Habla ininteligible fuera de su contexto natural.

-No imitación de sílabas.

-Dificultad para emitir frases de dos elementos (incapacidad en el uso de tres elementos).

-Falta de adjetivos y/o pronombres.

-No realiza preguntas del tipo: ¿qué? o ¿dónde?

-Incapacidad para expresar lo que está haciendo.

-Comprensión limitada: no reconoce el uso de los objetos.

-Incomprensión de frases fuera de contexto.

-No muestra interés en jugar con otros niños.

-No pronuncia la sílaba o letra final de las palabras.

-Le cuesta encontrar la palabra adecuada para expresar sus ideas.

Entre los 4 y los 5 años:

-No pronuncia bien la mayoría de los sonidos del lenguaje.

-Uso de frases de tres palabras o menos.

- Omisión de nexos, pronombres, artículos o verbos en las frases.
- Vocabulario reducido, uso frecuente de palabras como “este”.
- No responde al ¿qué? o ¿dónde?, cuando se refiere a historias familiares.
- Dificultad para narrar sucesos que le han sucedido.
- Presenta dificultad para comprender cuando las oraciones son largas, con significado complicado o abstracto.

Entre los 5 y 6 años.

- Persisten las dificultades en la articulación.
- Errores en la estructura de las oraciones.
- Dificultad en la comprensión de oraciones.
- Dificultad para responder a partículas interrogativas, por ejemplo, “qué, dónde, de qué, quién, por qué”.
- Dificultad en la comprensión de conceptos, por ejemplo: en, dentro, encima.
- Dificultad para realizar tareas en atención sostenida.
- Tartamudeo.

## **6.5. Origen de las alteraciones del lenguaje**

Las alteraciones del lenguaje pueden presentar diversas causas, las cuales se pueden clasificar entre causas orgánicas y causas funcionales. (Periáñez, 2017)

Las causas orgánicas se pueden clasificar en: causas hereditarias, causas congénitas, causas perinatales y son de origen postnatal. (Aguado, 2013)

En lo que refiere al origen funcional se pueden diferenciar y destacar las causas ambientales y las causas psicósomáticas, entre otras. (Peña-Casanova, 2001)

## **6.6. Habilidades afectadas en un trastorno del lenguaje**

### **6.6.1. Habilidades sociales**

Cuando los niños no pueden comunicarse con claridad, pueden presentar dificultades para entablar relaciones sociales y formar parte de un grupo social, es decir, para hacer amigos. Esto conlleva que muchas veces se vuelvan tímidos, distantes o que prefieran estar solos. Además, pueden ser víctimas de acoso o que actúen de forma agresiva, ya que no pueden expresar lo que les está sucediendo ni resolver sus problemas utilizando el diálogo. (Pascual, P.1998)

### **6.6.2. Problemas académicos**

Algunos estudios e investigaciones demuestran que los niños con trastornos del lenguaje también pueden llegar a presentar dificultades tanto en la lectura como en la escritura. Todo ello motivado por su limitado vocabulario y su pobreza en gramática. (Rigo, 2005)

En estos pacientes hay dificultad para manejar secuencias de sonidos a la velocidad a la que se dan en el habla, parece lógico esperar que estas dificultades se den también en el aprendizaje del lenguaje escrito. (Aguado, 2009)

### **6.6.3. Otros ámbitos**

Cuando no es posible consolidar su lengua materna, tampoco pueden aprender una segunda lengua. Como el contexto se lo exige, le va a generar mucha angustia. (Pérez, Escotto, Arango, 2013).

Hay estrecha relación con los trastornos de la personalidad y conducta en los niños que tienen problemas de lenguaje hay que tener intervención con salud mental si es necesaria, entre los problemas asociados esta la manipulación, situaciones emocionales y sociales problemáticas, alteración de la conducta, incomprensión de órdenes, trastornos de ansiedad, insomnio, terror

nocturno, posicionamiento desafiante y trastornos de déficit de atención e hiperactividad. (Pérez, 2004).

Por otra parte, los niños con trastornos del lenguaje muestran dependencia hacia el adulto y poca tolerancia a la frustración, son más propensos a perder el control emocional, manifestando inseguridad, tienen dificultad para relacionarse con los demás, se muestran tímidos, inhibidos, precavidos y reservados en las interacciones sociales; Mediante el alejamiento intentan evitar la amenaza del entorno y la excesiva estimulación social. (Cano y Navarro, 2003).

## **6.7. Trastorno del lenguaje**

Se entiende por trastorno del lenguaje la alteración de la comprensión o el uso de los sistemas simbólicos hablados, escritos u otros.

Este trastorno puede referirse a cualquiera de los componentes del lenguaje, es decir, tanto a la forma (fonología, morfología y sintaxis), como al contexto (semántica) y la función (pragmática). (Peña-Casanova, 2001).

### **6.7.1 Clasificación de los trastornos del lenguaje**

Los trastornos del lenguaje se clasifican con forme a la edad de aparición, antes de los 6 años se clasifican en: (Narbona, Chevrie-Muller, 1997).

Alteración de la articulación de los fonemas: Dislalias, aparición promedio a los 3 años.

Articulación de los fonemas (malformaciones): Disglosias, desde el nacimiento.

Articulación, expresión del habla y lenguaje: Disartria, secundario a ACV a daño neurológico.

De la voz y resonancia: Disfonía y afonía.

Fluidez y Ritmo: Disfemia y taquifemia, aparición promedio a los 3 años.

Alteración del lenguaje: Afasias, su aparición es secundario a daño neurológico.

Comprensión y Expresión Simbólica del desarrollo: Trastorno Especifico del Lenguaje, inicio promedio 2 años.

Secundario a otra condición: Sordera, Mutismo, Autismo, Retraso simple. Antes de los 3 años.

Hay otros trastornos del lenguaje que aparecen posterior a los 6 años entre ellos están:

Trastornos adquiridos de la lectura: Dislexias.

Trastorno de la expresión escrita: Disortografía.

Déficit semántico-pragmático.

### **6.7.2 Retraso simple de lenguaje**

Se habla de retraso simple del lenguaje cuando un niño sin ninguna otra alteración aparente va adquiriendo el lenguaje más tarde que otros de su misma edad. (Aguado, 2013)

En el retraso simple suele estar más afectada la expresión del lenguaje que la comprensión, el niño comprende más de lo que habla. (Aguado, 2013)

Existe un componente hereditario, puede haber algún familiar que le ocurrió lo mismo. (Bosch, 1984)

También puede haber factores ambientales que causen este retraso:

- Si los padres tienen un pobre o inadecuado vocabulario o estimulan poco a su hijo.

- Cada vez son más frecuentes las familias bilingües. Esto, también pueden causar el retraso.
  
- Modelos de crianza (sobreprotección) que pueden entorpecer un correcto desarrollo, como son:
  - Anticiparse a las demandas del niño. No darle oportunidad a decir lo que quieren.
  - Mantener hábitos como comer triturado, el uso del biberón o el chupete más allá del año de vida.
  - Actitudes de indiferencia. No prestar atención a las demandas del niño, despreciar sus intentos de dialogar o ridiculizar sus errores al hablar.

Es importante fomentar la autonomía personal y social del niño.

Por último, otros problemas familiares como situaciones conflictivas o críticas pueden contribuir a un retraso en el lenguaje. (Bosch, 1984)

El pronóstico depende de cada caso, aunque suele ser favorable (la mayor parte mejoran antes de los seis años). A pesar de ello, no podemos olvidar que son niños que tienen un ligero riesgo de tener dificultades de aprendizaje, principalmente relacionadas con la lectoescritura. (Serón, 1992)

El retraso simple del lenguaje se asocia en ocasiones a cierta torpeza motora, sobre todo problemas de coordinación en la motricidad fina, en el establecimiento de la lateralidad y en la adquisición de conceptos como colores, formas y espaciotemporales. (Ramos, 1996)

El retraso simple del lenguaje puede ocasionar baja autoestima y dificultades en la relación con otros niños, que pueden llevar al aislamiento. (Shirkey, 1987)

La clasificación más habitual del retraso simple del lenguaje diferencia dentro de estos 3 niveles de afectación. (Ramos, 1996)

#### Leve

Se da cuando el retraso es menor a los tres meses de lo esperado a su edad. A pesar de que en este nivel la comprensión parece normal, lo más destacable es que la actualización lingüística de los contenidos del lenguaje es más escasa que la de los niños de su edad. (Ramos, 1996)

#### Moderado

Cuando el retraso esta entre los tres y los seis meses de lo esperado a su edad. En este nivel nos encontramos con una mayor pobreza de vocabulario, nombra los objetos que le resultan familiares, pero otros que debería nombrar como hacen los niños de su edad no lo hace. También vemos un claro déficit en el uso correcto de funciones semánticas de categoría nominal, como el género y número, y una reducción de patrones fonológicos más evidentes. Tanto en este nivel como en el leve el niño suele ingresar en la escuela habiendo superado total o parcialmente el retraso. (Ramos, 1996)

#### Severo

Si el retraso es mayor a los nueve meses de lo esperado a su edad. Los niños reducen los patrones fonológicos al mínimo, acercándose a la dislalia múltiple. Tienen mayor dificultad de comprensión. A diferencia de los niños con retraso leve o moderado, estos no consiguen superarlo hasta lo cinco años, es decir, el niño ingresa en la escuela todavía con el trastorno y persiste con él varios años. (Ramos, 1996)

#### Sintomatología

Este retraso afecta tanto a la expresión del lenguaje como a la comprensión de este. El principal síntoma es la diferencia cronológica al decir las primeras palabras. Normalmente los niños comienzan a hablar entre los 12 y los 18 meses de edad, sin embargo, los niños que padecen este trastorno no empiezan a hablar hasta los dos años mínimo. También nos encontramos con alteraciones fonológicas. (Aguado, 2013)

### **6.7.3 Trastorno Específico del Lenguaje (TEL)**

La definición más característica sobre TEL procede de la ASHA American Speech-Language-Hearing Association (1980):

Un trastorno de lenguaje es la anormal adquisición, comprensión o expresión del lenguaje habla o escrito. 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. (Aguado, 2013)

El trastorno específico del lenguaje puede afectar el habla, la capacidad para escuchar, la lectura y la escritura de los niños. Es uno de los trastornos del desarrollo más frecuentes y afecta aproximadamente a entre el 7% y el 8% de los niños que van a la escuela. Por lo general, los efectos de este trastorno continúan en la edad adulta. (Narbona,2019)

Se desconoce la causa del trastorno específico del lenguaje, pero hay descubrimientos recientes que sugieren que tiene un fuerte vínculo genético. Es más probable que los niños con trastorno específico del lenguaje tengan padres y hermanos que también han tenido dificultades y retrasos

en el habla, comparados con niños sin este trastorno. De hecho, del 50% al 70% de los niños con trastorno específico del lenguaje tienen al menos un familiar con este trastorno. (Peña-Casanova, 2001).

Los niños con trastorno específico del lenguaje se tardan más en empezar a hablar (alcanzan las etapas del desarrollo del lenguaje hablado más tarde que otros niños de la misma edad).

Los niños en edad preescolar con trastorno específico del lenguaje podrían:

Tardar más en agrupar palabras en oraciones, en comparación con otros niños.

Tener dificultad para aprender nuevas palabras y conversar.

Tener dificultad para seguir instrucciones, no porque sean tercos, sino porque no entienden bien las palabras que se les dicen.

Cometer con frecuencia errores gramaticales al hablar.

Algunos niños con trastorno específico del lenguaje pueden mostrar indicios de dislexia. Cuando llegan a la edad adulta, las personas con este trastorno tienen una probabilidad seis veces mayor de que se les diagnostiquen discapacidades de lectura y ortografía y cuatro veces mayor de que se les diagnostiquen discapacidades matemáticas que aquellas que no tienen trastorno específico del lenguaje. (Narbona,2019)

#### **6.7.4 Dislalia**

La dislalia es una dificultad específica del habla y la voz, concretamente, de la producción y/o articulación de uno o más fonemas. Los fonemas que se ven afectados de forma frecuente en los niños que padecen dislalia son las consonantes ya mencionadas "r, s, l, k, z, ch". Es habitual que este trastorno condicione el aprendizaje de los niños, por lo tanto, se recomienda que se trate tempranamente. (Perello, 2002)

Los niños que padecen dislalia acostumbran a eliminar, sustituir y/o distorsionar los sonidos de uno o varios fonemas, por lo que en algunas ocasiones puede resultar complicado entender la palabra que están pronunciando. (Campos, 2014)

Este trastorno tiene un origen multifactorial, es decir, son múltiples las causas de la dislalia:

- Causas orgánicas: alteraciones en alguna función orgánica determinada.
- Causas ambientales: vivir en un ambiente que no favorezcan la fluidez del lenguaje y la comunicación.
- Causas psicológicas: este tipo de causas se dan cuando un aspecto de carácter psicológico influye en la aparición de la dislalia. Entre estas causas de la dislalia, podemos encontrar trastornos de tipo afectivo, efectos de la inadaptación familiar, traumas, efectos de un ambiente sobreprotector, entre otros.
- Otra de las causas de la dislalia se encuentra en los factores hereditarios.
- Falta de comprensión o discriminación auditiva: dificultades para diferenciar sonidos determinados.
- Dificultades en la percepción de espacio y tiempo, ya que, por consiguiente, la persona también presentará problemas para percibir los movimientos necesarios para producir un sonido.
- Falta o disminución de la audición: una correcta articulación requiere una buena audición, por lo tanto, si la audición falla, dificulta la adquisición del lenguaje y el desarrollo del mismo.

Tipos de dislalia

Dislalias orgánicas

Estos tipos de dislalias son debidas a alteraciones orgánicas, que se clasifican en función de la zona que se encuentra afectada o alterada. De este modo, las dislalias orgánicas incluyen la disglosia, la disartria y la dislalia audiógena. (Campos, 2014)

La disglosia se caracteriza por ser un trastorno de la articulación debido a lesiones físicas o malformaciones de los órganos articulatorios periféricos. Estas malformaciones pueden ser de carácter genético o congénito, es decir, que no son adquiridas, sino que nacen con la persona. Se clasifican en función de la zona defectuosa: (Campos, 2014)

- Labiales.
- Linguales.
- Dentales.
- Palatinas.
- Nasales.

#### Dislalias evolutivas

Estos tipos de dislalias se caracterizan por una incapacidad para producir de manera correcta los fonemas. Acostumbran a ser debidas a una inmadurez cerebral y un inadecuado desarrollo del aparato fonoarticulator, aparato que nos permite emitir la voz. Es habitual que se presenten estas dificultades cuando los niños aprenden a hablar, por ello, no se debe considerar dislalia hasta los cuatro años, ya que a esta edad es cuando se considera que las personas deberían presentar una correcta articulación de los fonemas. (Campos, 2014)

#### Dislalia funcional

La dislalia funcional hace referencia a las alteraciones de la articulación y pronunciación de determinados sonidos, que son debidas a un funcionamiento incorrecto de los órganos articulatorios, pero sin existir ninguna causa orgánica. La dislalia funcional puede estar causada por un entorno poco favorable. El tipo de dislalia más común y habitual es la dislalia funcional. (Pascual, 1998).

Se puede dividir según el tipo de fonema afectado.

- ROTACISMO: Es la no articulación del fonema /r/.
- CECEO: Es la articulación del fonema /s/ por /z/.
- SESEO: Es la articulación del fonema /z/ por /s/.
- SIGMATISMO: Es la no articulación del fonema /s/.
- JOTACISMO: Omisión del fonema /x/.
- MITACISMO: Omisión del fonema /m/.
- LAMBdacISMO: Omisión del fonema /l/.
- NUMACIÓN: Omisión del fonema /n/.
- NUÑACIÓN: Omisión del fonema /ñ/.

- KAPPACISMO: Omisión del fonema /k/.
- GAMMACISMO: Omisión del fonema /g/.
- FICISMO: Omisión del fonema /f/.
- CHUITISMO: Omisión del fonema /ch/.
- PISCISMO: Omisión del fonema /p/.
- TETACISMO: Omisión del fonema /t/.
- YEISMO: Omisión del fonema /ll/.
- CHIONISMO: Sustitución del fonema /rr/ por /l/.
- CHECHEO: Sustitución del fonema /s/ por /ch/.

### **6.7.5 Disfemia**

La disfemia es un trastorno de la comunicación que se caracteriza por interrupciones involuntarias del habla. Además, también se le conoce como tartamudez, espasmofemia o disfluencia en el habla.

Por otro lado, es importante señalar que no un trastorno del lenguaje, sino de la comunicación.  
(Ramos, 1996)

Además, los efectos psicológicos de la disfemia pueden ser severos afectando el estado de ánimo de la persona de forma continua. Por ello, puede llegar a ser causa de un importante aislamiento social. (Monfort, Juarez, 1993)

### Síntomas de la Disfemia

Podemos ver que, la disfemia es un trastorno de la comunicación con entidad propia y en general no se asocia a otros trastornos. Por ello, la gran mayoría de las personas que tartamudean no tienen un perfil psicológico determinado. Es decir, no son iguales en inteligencia, desarrollo, neuroticismo, cultura, educación y personalidad que las personas fluentes. Además, los padres de los niños con disfemia tampoco tienen un perfil de personalidad distinto que los padres de los niños que no la tienen. (Monfort, Juarez, 1993)

Sin embargo, la observación clínica evidencia que en un grupo importante de niños con disfemia se dan de forma sistemática algunas condiciones especiales:

- Perfeccionismo.
- Ansiedad.
- Susceptibilidad emocional.

### Tipos de disfemia

La clasificación de la disfemia según su origen puede ser neurogénica, psicógena y de desarrollo. Por otro lado, según su forma de presentación puede ser tónica, clónica y mixta. (Perez, Escotto, Arango, 2013)

#### Neurogénica

Este tipo de disfemia se ha producido debido a alguna lesión cerebral en el niño. Normalmente, se le suele llamar también disfemia adquirida. Por ello, no suelen mostrar miedo o ansiedad y no hay un patrón de disfemia, ya que se da en cualquier zona de la palabra. (Perez, Escotto, Arango, 2013)

#### Psicógena

Se produce cuando se ha dado algún trauma muy grave. Por ello, resulta un trastorno muy poco frecuente, cuya causa la constituye un episodio estresante. (Perez, Escotto, Arango, 2013)

#### Disfemia Evolutiva

Es la disfemia que aparece cuando el niño está aprendiendo el lenguaje y el habla. Por ello, suele darse entre los 2 y 5 años y es el tipo de disfemia más común. Además, cuando el trastorno persiste durante más de 2 años a partir del inicio, se cronifica y se complica con otros síntomas. (Perez, Escotto, Arango, 2013)

#### Tónica

En la disfemia tónica, suelen producirse espasmos que interrumpen o detienen la conversación. Es decir, se puede parar el habla del niño y puede deberse a que el músculo encargado de ello bloquea la emisión de sonidos. (Perez, Escotto, Arango, 2013)

## Disfemia Clónica

Es la disfemia que suele reconocerse más a menudo. Por lo que, es la que consiste en la repetición involuntaria de algunas palabras o sílabas. (Perez, Escotto, Arango, 2013)

## Mixta

Podemos ver, que es la combinación de la disfemia clónica y la disfemia tónica. Por ello, presenta tanto espasmos que interrumpen el habla, como repeticiones involuntarias de palabras y sílabas. (Perez, Escotto, Arango, 2013)

La taquifemia es un trastorno más inestable y diverso que la disfemia, que tiene como síntoma básico la falta de precisión en la planificación y el control. una alteración de la fluidez verbal, en la que el individuo habla a gran velocidad, articulando de forma desordenada y confusa, produciendo cambios en las sílabas y deformando sonidos. (Monfort, Juarez, 1993)

Existe todavía un debate abierto acerca de las posibles causas de la taquifemia, la mayoría de los autores convienen en que posiblemente se deba a causas neurológicas hereditarias (disfunciones en la conexión entre los hemisferios del cerebro, inmadurez del sistema nervioso central, o afectación de las áreas lingüísticas y/o sensoriomotoras). (Monfort, Juarez, 1993)

### **6.7.6 Trastorno del Espectro Autista**

Los trastornos del espectro autista (TEA) son una discapacidad del desarrollo provocada por diferencias en el cerebro. Los científicos desconocen exactamente qué provoca estas diferencias en la mayoría de las personas con TEA. Sin embargo, algunas tienen una diferencia conocida,

como una afección genética. Existen muchas causas para los TEA, si bien aún la mayoría son desconocidas. (Campos, 2014)

Posibles “signos de alarma”

Las personas con un TEA pueden presentar las siguientes características:

- No responder a su nombre para cuando tienen 12 meses de edad.
- No señalar los objetos para demostrar su interés (no señalar un avión que pasa volando) para cuando tienen 14 meses de edad.
- No jugar juegos de simulación (jugar “a darle de comer” a un muñeco) para cuando llegan a los 18 meses de edad.
- Evitar el contacto visual y querer estar solos.
- Tener dificultades para comprender los sentimientos de otras personas y para hablar de sus propios sentimientos.
- Presentar retrasos en las destrezas del habla y el lenguaje.
- Repetir palabras o frases una y otra vez (ecolalia).
- Dar respuestas no relacionadas con las preguntas que se les hace.
- Irritarse con los cambios pequeños.
- Tener intereses obsesivos.
- Aletear las manos, mecerse o girar en círculos.
- Tener reacciones poco habituales al sonido, el olor, el gusto, el aspecto, el tacto o el sonido de las cosas.

Destrezas sociales

Los problemas sociales son uno de los síntomas más comunes de todos los tipos de TEA. Los problemas sociales de las personas con un TEA no son simplemente “dificultades” sociales, como ser tímidos. Son dificultades sociales que pueden generar problemas graves en la vida diaria. (Perez, Escotto, Arango, 2013)

Algunos ejemplos de los problemas sociales relacionados con los TEA son los siguientes:

- No responder al nombre para cuando tienen 12 meses de edad.
- Evitar el contacto visual.
- Preferir jugar solos.
- No compartir intereses con los demás.
- Interactuar únicamente para llegar a una meta deseada.
- Tener expresiones faciales apáticas o inadecuadas.
- No comprender los límites del espacio personal.
- Evitar o resistirse al contacto físico.
- No sentir el consuelo que le dan otras personas cuando están angustiados.
- Tener dificultades para comprender los sentimientos de otras personas y para hablar de sus propios sentimientos.

## Comunicación

Cada persona con TEA tiene distintas destrezas de comunicación. Algunas personas pueden hablar bien. Otras no pueden hablar en absoluto o hablan muy poco. Cerca del 40 % de los niños con un TEA no hablan nada. Entre el 25 % y el 30 % de los niños con TEA dicen algunas palabras entre

los 12 y 18 meses de edad y después dejan de hacerlo. Otros pueden hablar, pero no hasta entrada la niñez. (Campos, 2014)

Algunos ejemplos de problemas de comunicación relacionados con los TEA incluyen los siguientes:

- Presentar un retraso en las destrezas del habla y el lenguaje.
- Repetir palabras o frases una y otra vez (ecolalia).
- Invertir los pronombres (p. ej., decir “tú” en lugar de “yo”).
- Dar respuestas no relacionadas con las preguntas que se les hace.
- No señalar ni responder cuando se les señala algo.
- Usar pocos o ningún gesto (p. ej., no decir adiós con la mano).
- Hablar con un tono monótono, robótico o cantado.
- No jugar juegos de simulación (p. ej., no jugar “a darle de comer” al muñeco).
- No comprender los chistes, el sarcasmo ni las bromas.

Muchas personas con TEA tienen intereses o comportamientos poco habituales.

Algunos ejemplos de intereses y comportamientos poco habituales relacionados con los TEA incluyen los siguientes:

- Formar líneas con juguetes u otros objetos.
- Jugar con los juguetes de la misma forma todas las veces.
- Mostrar interés por partes de los objetos (p. ej., las ruedas).

- Ser muy organizados.
- Irritarse con los cambios pequeños.
- Tener intereses obsesivos.
- Tener que seguir determinadas rutinas.
- Aleatear las manos, mecerse o girar en círculos.

Los movimientos repetitivos son acciones que se repiten una y otra vez. Pueden incluir una parte del cuerpo o todo el cuerpo, o incluso un objeto o juguete. Por ejemplo, las personas con un TEA pueden pasar mucho tiempo aleateando los brazos de manera repetitiva o meciéndose de lado a lado. Pueden encender y apagar una luz o hacer girar las ruedas de un automóvil de juguete de manera repetida. Estos tipos de actividades se conocen como autoestimulación o “conductas estereotipadas”. (Serón, 1992)

Las personas con TEA frecuentemente se desenvuelven si tienen rutinas. Un cambio en la rutina habitual del día, como hacer una parada en el camino de la escuela al hogar, puede ser algo muy angustiante para las personas con TEA. Podrían “perder el control” y tener una “crisis” o berrinche, en especial si están en un lugar desconocido. (Campos, 2014)

Algunas personas con TEA también podrían crear rutinas que parecen inusuales o innecesarias. Por ejemplo, mirar por todas las ventanas cuando pasan por un edificio o querer mirar siempre un video de inicio a fin, incluidos los anticipos y créditos. Si no se les permite seguir este tipo de rutina, esto puede provocar gran frustración y berrinches. (Pascual, 1998)

### **6.7.7 Afasia**

La afasia es una disfunción del lenguaje que puede involucrar una alteración de la comprensión o la expresión de palabras o equivalentes no verbales de palabras. Se debe a un problema en los centros del lenguaje de la corteza cerebral y los ganglios basales, o en las vías de la sustancia blanca que los conectan. (Fernández, López, 2015)

La afasia usualmente resulta de trastornos que no causan daño progresivo; en tales casos, la afasia no empeora. A veces resulta de un trastorno progresivo en tales casos, la afasia empeora progresivamente. (Fernández, López, 2015)

La afasia puede dividirse ampliamente en de recepción y de expresión.

Afasia de recepción (sensitiva, fluente o de Wernicke): los pacientes no pueden comprender las palabras ni reconocer los símbolos auditivos, visuales ni táctiles. Es causada por un trastorno del giro temporal posterosuperior del hemisferio dominante para el lenguaje (área de Wernicke). Muchas veces se presenta también una alexia (pérdida de la capacidad para leer las palabras). (Cuetos, 2001)

Afasia de expresión (motora, no fluente o de Broca): se altera la capacidad para producir palabras, pero la comprensión y la capacidad para conceptualizar están relativamente preservadas. Se debe a un trastorno que afecta el área frontal o frontoparietal izquierda dominante, que incluye el área de Broca. A menudo produce agrafia (pérdida de la capacidad para escribir) y deterioro de la lectura oral. (Cuetos, 2001)

Otro tipo de afasia no fluente es la afasia global. Es causada por daño a grandes porciones de las áreas del cerebro relacionadas con el lenguaje. Las personas con la afasia global tienen gran dificultad para comunicarse, por lo que su habla y comprensión del lenguaje pueden ser

extremadamente limitados. Es posible que ni siquiera puedan decir unas pocas palabras o repitan las mismas palabras o frases una y otra vez. Pueden tener problemas incluso para entender palabras y oraciones sencillas. (Cuetos, 2001)

Existen otros tipos de la afasia. Cada uno es causado por daños a diferentes partes del cerebro relacionadas con el lenguaje. A algunas personas les es difícil repetir palabras y oraciones, aunque pueden entender su significado, y pueden hablar con fluidez (afasia de conducción). A otras personas les es difícil nombrar objetos, aunque saben qué es el objeto y para qué se puede usar (afasia anómica). (Cuetos, 2001)

La terapia de la afasia tiene como objetivo mejorar la capacidad de la persona para comunicarse, ayudándola a usar las habilidades del lenguaje que le quedan, recuperar la capacidad para hablar lo más posible, y aprender otras formas de comunicación, tales como gestos, imágenes o el uso de dispositivos electrónicos. La terapia individual se centra en las necesidades específicas de la persona, mientras que la terapia de grupo da la oportunidad de utilizar las nuevas habilidades de comunicación con un grupo pequeño de personas. (Fernández, López, 2015)

### **6.7.8 Disartria**

La disartria es un trastorno de la ejecución motora del habla. Los músculos de la boca, la cara y el sistema respiratorio se pueden debilitar, moverse con lentitud o no moverse en absoluto después de un derrame u otra lesión cerebrales. El tipo y la gravedad de la disartria dependerán de qué parte del sistema nervioso se vea afectada. (Periáñez, 2017)

La persona con disartria puede exhibir cualquiera de los siguientes síntomas, dependiendo de la magnitud y ubicación de la lesión al sistema nervioso. (Aguado, 2013)

Entre las causas de las disartrias destacan: Medicamentos como sedantes, trauma craneoencefálico, trombosis, ictus, enfermedades degenerativas. . (Cortavitarate, 2021)

Entre las características de una persona disártrica están: Arrastrar las palabras al hablar, hablar muy bajito o ser apenas capaz de susurrar, hablar con lentitud, hablar con rapidez y entre dientes, movilidad limitada de la lengua, los labios y la mandíbula, entonación anormal, cambio en el timbre de la voz, ronquera, babeo, dificultad al masticar y tragar. (Aguado, 2013)

Se clasifica la lesión en el SNC

Flácida: Presenta alteración del movimiento voluntario, automático y reflejo, flacidez y parálisis con disminución de los reflejos musculares, atrofia de las fibras musculares. (Cortavitarate, 2021)

Espástica: Debilidad y espasticidad en los músculos, afecta lengua y labios, reflejos aumentados, respiración y fonación no suelen afectarse, disfunción articulatoria, se asocia a otras patologías (encefalitis, TCE, EM), no hay atrofia de fibras musculares. (Cortavitarate, 2021)

Atáxica: Hipotonía de los músculos afectados, dirección, duración e intensidad de movimientos lentos e inapropiados en la fuerza, irregularidad en movimientos oculares, voz áspera con tono monótono y escasas variaciones en intensidad, distorsiones articulatorias, alteraciones prosódicas por énfasis en determinadas sílabas. (Cortavitarate, 2021)

Extrapiramidal: Alteraciones en la regulación del tono muscular en reposo y de los músculos antagonistas cuando hay movimiento, regulación en movimientos automáticos y adecuación en la mímica facial (Cortavitarate, 2021)

El tratamiento de la disartria se enfoca en respiración y soplo, Articulación, Fonación, Prosodia y voz.

### **6.7.9 Disfonía**

La disfonía es un trastorno caracterizado por una alteración del timbre de la voz, que puede ser debida a diversas causas orgánicas o funcionales de la laringe y de las cuerdas vocales. (Fey, 1994)

En las disfonías generadas por forzar la voz o por infecciones y virus, se requerirá reposo, antiinflamatorios y, dependiendo del caso, terapia con un logopeda que enseñe al paciente a utilizar bien la voz y a rehabilitarla. (Monfort, 1987)

Los síntomas pueden presentarse de manera aislada o combinada. Entre los síntomas más frecuentes destacan: Ronquera, voz monótona, temblor en la voz, afonía, variaciones en la intensidad de la voz y pérdida de los agudos. (Ramos, 1996)

#### Disfonía orgánica

Se produce por una alteración en las cuerdas vocales (nódulos, pólipos, distonía en la laringe...), en muchos casos derivada de una disfonía funcional que no ha sido tratada. Esta mala vibración de las cuerdas vocales causa períodos de ronquera, voz rasposa o entrecortada. (Serón, 1992)

#### Disfonía funcional

El niño no presenta una malformación en la laringe que le provoque problemas en la voz. Su dolencia se debe al mal uso vocal. (Serón, 1992)

#### Disfonía espasmódica

Cabe resaltar un tipo de alteración fonética denominada disfonía espasmódica, dado que su origen todavía es desconocido; aunque la comunidad médica apunta a causas de tipo neurológico. La disfonía espasmódica afecta a la musculatura de la laringe (disonía laríngea) provocando contracciones involuntarias y, como consecuencia, una alteración fonética crónica. Además, va acompañada de gestos faciales exagerados, etiquetados de “extraños”, como consecuencia del esfuerzo que supone al disfónico el propio habla y modulación de la voz. (Serón, 1992)

La disfonía espasmódica se puede presentar de dos maneras distintas:

De aducción: caracterizada por voz entrecortada, ronca y forzada. Tras intervalos silenciosos, el paciente inicia el habla en un tono de voz brusco, incapaz de modularlo. (Fey,1994)

De abducción: cuando el paciente sufre afonía intermitente o, tras los silencios, su voz es baja y susurrante. (Fey,1994)

### **6.7.10 Mutismo Selectivo**

El mutismo selectivo es un trastorno infantojuvenil que se manifiesta como un problema de inhibición del habla sin ninguna causa orgánica que lo explique, y teniendo intactas las capacidades de comunicación verbal. El mutismo selectivo aparece en niños –normalmente en la etapa preescolar– que tienen la capacidad de hablar y la demuestran en contextos seguros para ellos, con personas de confianza, pero en otros contextos o situaciones sociales inhiben sus respuestas verbales. (Olivares, 2010)

El mutismo selectivo puede ser confundido con la timidez extrema, pero es mucho más que eso, se trata de un trastorno asociado a la ansiedad que puede llegar a ser muy limitante y afectar a diferentes áreas de la vida del menor. (Serón, 1992)

Trastorno que puede ser muy limitante e interferir negativamente en la vida del afectado, además de tener importantes consecuencias en su desarrollo y en su futuro. Son niños que se comunican y hablan perfectamente en entornos y situaciones en los que se sienten cómodos y seguros, normalmente con familiares cercanos (padres, hermanos, etcétera). En estos contextos sus interacciones y comunicación son adecuadas y ricas. (Campos, 2014)

El tratamiento del mutismo selectivo requiere una intervención específica en cada caso, centrada en las necesidades recogidas tras la evaluación. Se tiene que llevar de la mano con atención psicología y llevar de la mano el tratamiento con la familia. (Olivares, 2010)

## **6.8. Intervención terapéutica**

La Intervención logopédica en niños con trastornos del lenguaje se debe de realizar lo más pronto posible una vez realizada la valoración y establecer el plan de intervención. Se debe de realizar individualmente el plan de intervención se recomienda 2 intervenciones semanales con duraciones de 45 minutos cada una, en cada intervención se realizarán diversos ejercicios según el trastorno del niño con metodología lúdica. Se realizan en paralelo terapias grupales con niños acorde al trastorno que presenta. (Latorre, 2003)

### **6.8.1. Ejercicios de soplo**

La respiración es un proceso automático durante el cual se coge aire al inspirar, normalmente por la nariz, y se expulsa en la espiración normalmente por la boca. (Latorre, 2003)

Los ejercicios de soplo se realizan para ayudar a controlar la respiración y para ser conscientes del acto de respirar, por ellos sus principales objetivos son: automatizar el patrón respiratorio correcto, aumentar la capacidad respiratoria, mejorando el control del aire espirado (controlar fuerza y dirección). (Myers, 2007)

El habla se produce en la fase de espiración, al sacar el aire, si no existen problemas, respiramos y hablamos con normalidad, pero si existe alguna dificultad para respirar o bien dificultades o situaciones que alteran la respiración aparecen dificultades en el lenguaje hablado: voz temblorosa, omisión de fonemas, sustitución de fonemas, perturbaciones gramaticales de orden o de construcción, tartamudeces esporádicas, etc. (Latorre, 2003)

### **6.8.2. Praxias orofaciales**

Es una secuencia de movimientos ordenados, que se efectúan para conseguir una meta, en este caso, articular correctamente los sonidos que forman el habla. (Gortazar, 2002)

La realización correcta de las praxias es fundamental para poseer una adecuada articulación de los fonemas. Igualmente, las praxias orofaciales u orolinguales están implicadas y cumplen una función muy importante en el proceso de la deglución y de la voz. Ya que comparten estructuras similares. (Susanibar, 2016)

Las praxias son necesarias para:

- Mejorar u optimizar el control de los movimientos de los órganos que intervienen en la producción de los sonidos del habla.
- Para reeducar o mejorar patrones musculares alterados.
- Para mejorar la movilidad, agilidad y coordinación de los movimientos de los labios, lengua, mejilla, velo del paladar y soplo.
- Para conseguir un tono muscular correcto.

Como ha quedado demostrado, las praxias están íntimamente relacionadas con la \_correcta articulación del\_habla. Por lo que son imprescindibles en la reeducación de las alteraciones de la articulación como en la dislalia, en la rehabilitación de la disglosia y disartria, así como en las alteraciones relacionadas con la alimentación como en el caso de la deglución atípica y la disfagia. Al igual que en otras patologías susceptibles de tratamiento logopédico. (Susanibar, 2016)

Después de saber que las praxias son la base de una adecuada articulación no se deben obviar o menospreciarlas. (Gracia, 2002)

### **6.8.3. Vocalizaciones**

La vocalización refiere a la pronunciación de manera correcta y adecuada de todos los sonidos que pertenecen a una lengua determinada. (Gracia, 2002)

La vocalización se asienta en el proceso de fonación, el cual es un trabajo muscular, que es realizado para poder realizar la emisión de sonidos que resulten entendibles para los demás y que a partir de ello pueda entonces mantenerse una comunicación de manera oral. A través de la fonación los seres humanos podemos articular palabras. (Myers, 2007)

Mediante este proceso, el aire que procede desde los pulmones y desde la laringe se modifica en las cavidades denominadas supraglóticas. Esto es posible porque estas cavidades, por su forma y

volumen, permiten un cambio en dicho aire. Estas cavidades son: la faringe, la cavidad bucal (boca) y la cavidad nasal (nariz). El sistema de la fonación tiene vinculación con otros sistemas del cuerpo humano, como por ejemplo el sistema nervioso (central y periférico) a partir del cual los humanos podemos convertir en datos e informaciones precisas los estímulos que recibimos desde el exterior. (Susanibar, 2016)

#### **6.8.4. Onomatopeyas**

La onomatopeya es la representación de un sonido natural o de otro acto acústico no discursivo. El término viene del griego ónoma, -atos 'nombre' y poeía 'creación', es decir, 'creación de palabras'. (Gortazar, 2002)

Es la imitación del sonido de algo en el vocablo que se forma para significarlo o vocablo que imita o recrea el sonido de la cosa o la acción nombrada. Ejemplos típicos de onomatopeyas son «boom», «clap», «pam», «toc», «bing», «clic», «pum», «caboom». También pueden ser casos para referirse a fenómenos visuales como «zigzag». (Susanibar, 2016)

Existen onomatopeyas en todos los idiomas, aunque suelen diferir de uno a otro, a veces radicalmente, ya que la mayoría de los sonidos no se pueden articular fonéticamente. (Gracia, 2002)

Las onomatopeyas pueden ser visuales o auditivas. Las visuales, utilizadas en la poesía de vanguardia desde Apollinaire, pueden emplear la metáfora gráfica o caligrama. Las auditivas, empero, son las más usadas en la poesía clásica. También es una palabra formada por imitación de un sonido, ruido o incluso un fenómeno visual, con el que también está vinculada semánticamente. (Gortazar, 2002)

### **6.8.5. Estimulación sensorial**

La adquisición o captación de estímulos es el inicio del proceso de memoria, donde la atención y percepción juegan el papel principal. Posteriormente, la información almacenada se utilizará para operar y razonar. (Gracia, 2002)

El trabajo de la estimulación sensorial es por tanto una estrategia válida para trabajar con personas que presentan cualquier grado de discapacidad desde edades muy tempranas ya que nos permite trabajar en base a los principales hitos evolutivos, pero también a lo largo de toda la vida ajustándonos a los objetivos terapéuticos en cada caso para ofrecer experiencias funcionales y significativas. (Gortazar, 2002)

En definitiva, podríamos decir que la estimulación sensorial persigue un doble objetivo: fomentar el máximo desarrollo de las capacidades sensoriales y potenciar el desarrollo cognitivo a través de una buena educación sensorial. (Gortazar, 2002)

### **6.8.6. Terapia ocupacional**

La terapia ocupacional ayuda a las personas a las que se les dificultan las actividades diarias debido a que sus habilidades motoras son limitadas. Para los niños, eso incluye actividades que son parte del aprendizaje y del buen funcionamiento en la escuela. La terapia ocupacional trabaja con las destrezas que los niños necesitan para hacer las cosas que se les dificultan, desde subirse el cierre de su pantalón, hasta escribir y teclear. (Maistre, 1979)

La terapia se adapta a las necesidades específicas de cada niño. Antes de iniciarla, un terapeuta ocupacional, revisa las destrezas y desafíos del niño y las tareas con las que tiene dificultad. Basado

en esto, el terapeuta ocupacional creará un programa de actividades para que el niño trabaje en ellas. (Gortazar, 2002)

Estos son algunos ejemplos de las tareas y habilidades en las que podrían enfocarse los terapeutas ocupacionales:

Rutinas de cuidado personal, como vestirse (habilidades motoras finas y planificación motora), escribir y copiar anotaciones (habilidades motoras finas, coordinación mano-ojo), sostener y controlar un lápiz, usar las tijeras (habilidades motoras finas, planificación motora), lanzar y atrapar (habilidades motoras gruesas como el equilibrio y la coordinación), organizar una mochila (planificación motora, habilidades organizativas), reaccionar a información sensorial (habilidades de autorregulación).(Rigo, 2005)

Si un niño escribe muy desordenadamente, la terapia puede incluir técnicas multisensoriales para ayudar con la escritura a mano. Si un niño tiene dificultad para concentrarse, el terapeuta podría pedirle que haga ejercicios en los que utilice todo su cuerpo antes de sentarse a hacer la tarea. (Latorre,2003)

La terapia ocupacional también puede ayudar a los niños con dislexia, dificultades del procesamiento visual, dificultades del funcionamiento ejecutivo y disgrafía. ( Latorre,2003)

#### **6.8.7. Terapia de grupo**

La terapia grupal se focaliza en las interacciones que se producen en el grupo, el cual se convierte en un espacio para ventilar los problemas de cada uno de los miembros y hallar solución a los mismos. Al igual que la psicología individual, este método de trabajo está dirigido a ayudar a las personas a resolver sus conflictos, reencontrar el equilibrio emocional, estimular su crecimiento

personal, potenciar sus habilidades sociales y dotarlas de las herramientas de afrontamiento que necesitan. (Crystal, 1983)

El objetivo esencial es que el grupo sea el instrumento que potencie el cambio deseado. La terapia de grupo es tan eficaz porque las personas sienten que no están solas con su problema, se rompe el aislamiento al que muchos se habían sometido. Por otra parte, la posibilidad de compartir sus emociones y pensamientos sin miedo a la crítica fomenta un elevado nivel de cohesión grupal que conduce a cambios psicológicos más estables a lo largo del tiempo. (Rigo, 2005)

## **6.9. Patologías asociadas**

### **6.9.1. Parálisis cerebral**

La parálisis cerebral es un grupo de trastornos que afectan el movimiento y el tono muscular o la postura. Se produce por el daño en el cerebro inmaduro en desarrollo, con mayor frecuencia antes del nacimiento. (Periáñez, 2017)

Las personas con parálisis cerebral pueden tener problemas para tragar y, por lo general, tienen un desequilibrio muscular ocular, en el que los ojos no se concentran en el mismo objeto. También pueden tener una amplitud de movimiento reducida en varias articulaciones del cuerpo debido a la rigidez muscular. (Muñoz, 2003)

Los signos y síntomas de la parálisis cerebral pueden variar ampliamente de una persona a otra. La parálisis cerebral puede afectar a todo el cuerpo o puede limitarse principalmente a una o dos extremidades, o a un lado del cuerpo. En general, los signos y síntomas incluyen problemas con el movimiento y la coordinación, el habla y la alimentación, el desarrollo y otros problemas. (Bosch,1984)

### **6.9.2. Anquiloglosia**

La lengua anclada (anquiloglosia) es un trastorno presente en el nacimiento que restringe el rango de movimiento de la lengua. (Windsor, 1994)

En la anquiloglosia, una banda inusualmente corta, gruesa o densa de tejido (frenillo lingual) une la parte inferior de la punta de la lengua a la base de la boca, por lo que podría interferir en la lactancia materna. Una persona con lengua anclada podría tener dificultad para sacar la lengua. La lengua anclada también puede afectar la forma en que un niño come, habla y traga.

Los signos y síntomas de la lengua anclada incluyen los siguientes:

- Dificultad para levantar la lengua hasta los dientes superiores o moverla de un lado a otro
- Problemas para sacar la lengua más allá de los dientes anteriores inferiores
- Una lengua que, cuando se saca, muestra una hendidura o tiene forma de corazón

#### Causas

Por lo general, el frenillo de la lengua se separa antes del nacimiento para que la lengua tenga un rango de movimiento libre. Cuando el frenillo es corto, el frenillo de la lengua permanece adherido al fondo de la lengua. Se desconoce en gran medida el motivo de esto, aunque en algunos casos se ha asociado el frenillo corto con algunos factores genéticos. (Fletcher, 1983)

#### Complicaciones

La lengua anclada puede afectar el desarrollo bucal del bebé, además de la manera en que come, habla y traga. (Windsor, 1994)

### **6.9.3. Hipoacusia**

La pérdida de la audición es una condición física sumamente común entre la población general, si ésta está presente desde el nacimiento como si se desarrolla de manera gradual. Sea cual sea tipo

de sordera o el motivo de esta, existen alternativas que pueden ayudar a la persona a comunicarse y percibir los sonidos de la rodean. (Monfort, Juárez 1987)

Conocidos como sordera, discapacidad auditiva o pérdida de la audición, esta condición hace referencia a la dificultad o incapacidad de escuchar o percibir los sonidos ya sea de manera total o parcial. (Gracia, 2002)

Una persona con una sordera leve puede experimentar dificultades para percibir los sonidos del hablar, especialmente si hay ruido alrededor, mientras que una persona con discapacidad auditiva de moderada a alta debe recurrir a aparatos de ayuda como un audífono, a la lectura de los labios o al lenguaje de signo. Esta pérdida per la capacidad de oír puede estar presente desde el nacimiento o aparecer de manera progresiva. (Olivares, 2010)

#### **6.9.4. Disminución de aguza visual**

El cribado de las alteraciones visuales tiene importancia para detectar precozmente aquellos trastornos que distorsionan o suprimen la imagen visual normal y pueden causar problemas en el desarrollo de la visión, en el rendimiento escolar o, a veces, como en el caso de la retinoblastoma, suponer un riesgo vital. (Didier, 2003)

En el recién nacido y el lactante, el cribado busca la detección precoz de problemas oculares graves, aunque infrecuentes, como la catarata congénita o el retinoblastoma. En la edad preescolar tiene como objetivo la detección de la ambliopía y determinados trastornos que suponen un factor de riesgo para desarrollarla. En la edad escolar, el cribado se basa en la detección de la disminución de la agudeza visual por errores de refracción. Cuando el niño crece, lo padres son fundamentales, al igual que los maestros, que se dan cuenta o sospechan que su hijo o alumno no ve bien. (Myers, 2007)



## **7. DISEÑO METODOLÓGICO**

### **7.1 Tipo de estudio**

De acuerdo con el método de investigación el presente estudio es observacional y según el nivel inicial de profundidad del conocimiento es descriptivo (Piura, 2012). De acuerdo, al tiempo de ocurrencia de los hechos y registro de la información, con el objetivo de averiguar factores de riesgo potenciales u otras asociaciones el estudio es retrospectivo, por el período y secuencia del estudio es transversal (Canales, Alvarado y Pineda, 1996).

### **7.2 Área de estudio**

Consulta externa del servicio de logopedia del Hospital de Rehabilitación Aldo Chavarría donde se atienden niños con trastornos del lenguaje.

### **7.3 Universo**

Fueron 208 niños menores de 6 años atendidos por primera vez con diagnóstico trastornos de lenguaje en el período comprendido entre 2019-2021, en el Hospital de Rehabilitación Aldo Chavarría.

### **7.4 Tamaño de la muestra**

Se calculó la muestra por el método de Stat-Calc del programa Epi-Info, con una frecuencia esperada de 50%, para un índice de confianza del 95%, resultando un total de 136 los cuales se seleccionaron por muestreo probabilístico aleatorio simple.

### **7.5 Tipo de muestreo**

Muestreo aleatorio. Se enumeraron los expedientes del 1 al 208. Se selecciono a partir de número par hasta completar el número de la muestra.

### **7.6 Criterios de inclusión**

Pacientes atendidos en consulta externa con trastorno del lenguaje.

Pacientes atendidos menores de 6 años.

Pacientes atendidos en el periodo comprendido.

Que sean pacientes atendidos por primera vez

### **7.7 Criterios de exclusión**

Pacientes que no fueron atendidos en consulta externa.

Pacientes que tengan más de 6 años.

Pacientes atendidos fuera del periodo de estudio.

Que sean pacientes subsecuentes.

### **7.8 Plan de recolección de la información e Instrumento**

La fuente primaria de la información fueron los expedientes clínicos de los pacientes atendidos con diagnóstico de trastornos de lenguaje.

### **7.9 Procedimientos de recolección y procesamiento de la información**

Se utilizó un cuestionario con los elementos de los trastornos de lenguaje que incluyera además datos sociodemográficos. Se hizo uso de la estadística descriptiva para el análisis de la información, a través de las tablas, se realizó una base de datos correspondientes a través del programa SPSS en su versión 20 para Windows. Posterior se hizo los análisis estadísticos pertinentes. Se realizaron gráficos tipo barras de manera univariadas para variables de categoría en un mismo plano cartesiano y para variables dicotómicas, que permitan describir la respuesta de múltiples factores en un mismo plano cartesiano.

Se solicitó la autorización de parte de la subdirección médica del Hospital de Rehabilitación Aldo Chavarría.

No se utilizaron datos que permitieran la identificación de la paciente, se garantizó la información mediante códigos, se brindó un ambiente de privacidad para la recolección de datos.



		Procedencia		Cualitativa nominal	Departamento
		Integración a la educación		Dicotómica	SI/NO
		Hermanos		Dicotómica	SI/NO
2. Identificar los tipos de trastornos del lenguaje.	Dificultad para lograr comunicar un mensaje a otros.	TEL_____ Dislalia_____ RSL_____ Autismo_____ Disfemia_____	Expediente clínico Ficha de recolección de datos.	Dicotómica	SI NO

		Afasia_____			
		Disartria_____			
		Disfonía_____			
		Mutismo			
		Selectivo_____			
3. Listar las patologías e interconsultas en los niños con trastornos de lenguaje.	Comunicación entre dos personas con diferentes áreas de experiencia. Grupo de patologías asociadas a la dolencia determinada.	Otorrinolaringología Neurología Oftalmología Psiquiatría Parálisis Cerebral Sordera Anquiloglosia Disminución de agudeza visual.	Expediente clínico Ficha de recolección de datos.	Dicotómica	SI NO
4. Definir la terapia implementada adecuado en pacientes con trastornos del lenguaje.	Cuidado para recuperar, mantener o mejorar las capacidades de lenguaje que se	Ejercicios de soplo Praxias orofaciales Vocalizaciones Onomatopeyas	Expediente clínico Ficha de recolección de datos.	Dicotómica	SI NO

	necesitan para la vida diaria.	Estimulación sensorial Terapia Ocupacional Terapias de grupo			
--	-----------------------------------	---	--	--	--

## 8 RESULTADOS

1. ¿Cuáles son las características sociodemográficas de los pacientes?

**Tabla N°1 Sexo de los pacientes**

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	82	60.29%
Femenino	54	39.70%

Fuente: Ficha de recolección de datos

### Análisis

De los 136 niños que representan el 100%, 82 corresponde al 60.29% son del sexo masculino mientras que 54 que representa al 39.70% son del sexo femenino.

### Interpretación

Se deduce que el sexo predominante que llegan a la atención por trastornos del lenguaje corresponde al masculino.

1. ¿Cuáles son las características sociodemográficas de los pacientes?

**Tabla N°2 Edad de los pacientes**

Edad	Frecuencia	Porcentaje
0-1 año	6	4.41%
2 años	12	8.82%
3 años	41	30.14%
4 años	34	25%
5 años	25	18.38%
6 años	18	13.23%

Fuente: Ficha de recolección de datos

### Análisis

De los 136 niños que representan el 100%, 6 corresponden al 4.41% que son 0-1 año, 12 que representan el 8.82% son de 2 años, 41 que son el 30.14% son niños de 3 años, 34 que nos indica el 25% son los pacientes de 4 años, mientras que 25 son el 18.38% que son los pacientes de 5 años y 18 pacientes que nos indican el 13.23% son niños de 6 años.

### Interpretación

Se deduce que niños de 3 años es el mayor número de pacientes que llegan a la consulta, seguido los de 4, continuando con los niños de 5, consecutivo son los niños de 6, continuo son los niños de 2 años y por último están los niños de 0-1 año.

1. ¿Cuáles son las características sociodemográficas de los pacientes?

**Tabla N°3 Procedencia de los pacientes**

Departamento	Frecuencia	Porcentaje
Managua	98	72.05%
Masaya	22	16.17%
Carazo	9	6.61%
Granada	4	2.94%
León	3	2.20%
Estelí	0	0%
Chontales	0	0%
Chinandega	0	0%

Rivas	0	0%
Matagalpa	0	0%
Boaco	0	0%
Rio San Juan	0	0%
Madriz	0	0%
RAAN	0	0%
RAAS	0	0%
Jinotega	0	0%
Nueva Segovia	0	0%

Fuente: Ficha de recolección de datos

### Análisis

De los 136 niños que representan el 100%, 98 corresponde al 72.05% que provienen de Managua, 22 corresponde al 16.17% que pertenecen de Masaya, 9 corresponde al 6.61% que son de Carazo, 4 que son de Granada 2.94%, mientras que 3 que representa al 2.20% son originarios de la ciudad de León.

### Interpretación

Se deduce que el departamento predominante de donde llegan a la atención por trastornos del lenguaje son originarios de Managua, Seguido de los departamentos de Masaya, Carazo y León.

1. ¿Cuáles son las características sociodemográficas de los pacientes?

### Tabla N°4 Presencia de Hermanos

Hermanos	Frecuencia	Porcentaje
----------	------------	------------

Si	51	37.50%
No	85	62.50%

Fuente: Ficha de recolección de datos

#### Análisis

De los 136 niños que representan el 100%, 51 corresponde al 37.50% que tienen hermanos, mientras que 85 representa al 62.50% que no tienen.

#### Interpretación

Se deduce que la mayoría de los niños que llegan a la atención por trastornos del lenguaje no tienen hermanos.

#### 1. ¿Cuáles son las características sociodemográficas de los pacientes?

#### **Tabla N°5 Integración a la educación**

Integración a la Educación	Frecuencia	Porcentaje
Si	40	29.41%
No	78	57.35%
No Aplica	18	13.23%

Fuente: Ficha de recolección de datos

#### Análisis

De los 136 niños que representan el 100%, 40 corresponde al 29.41% que están integrados a la educación, mientras que 96 que son el 70.58% que no están integrados a la educación.

Se deduce que la mayoría de los niños que llegan a la atención por trastornos del lenguaje no han sido integrados a la educación.

## 2. ¿Cuáles son los trastornos del lenguaje en los niños?

Tabla N°6 Trastorno del Lenguaje

Trastorno	Frecuencia	Total
RSL	55	40.44%
Dislalia	31	22.79%
TEL	30	22.05%
Autismo	16	11.76%
Disfemia	4	2.94%
Afasia	0	0%
Disartria	0	0%
Disfonía	0	0%
Mutismo Selectivo	0	0%

Fuente: Ficha de recolección de datos

### Análisis

De los 136 niños que representan el 100%, 55 corresponde al 40.44% son RSL, seguido de 31 niños que representan el 22.79% que tienen dislalia, luego 30 que son 22.05% que son TEL, mientras que 16 son el 11.76% que cursan con Autismo y por último 4 niños que simbolizan el 2.94% con Disfemia.

### Interpretación

Se deduce que la mayoría de los niños que llegan a la atención por trastornos del lenguaje manifiestan Retraso Simple de Lenguaje, consecutivo están las dislalias, continuo los Trastornos Específicos del Lenguaje, seguido los Trastornos del Espectro Autista, sucesivo las Disfemias.

3.¿Cuáles son las patologías asociadas y que interconsultas se realizan en los niños con trastornos del lenguaje?

**Tabla N°7 Interconsultas realizadas**

Interconsultas Realizadas	Frecuencia	Porcentaje
Otorrinolaringología	26	19.11%
Oftalmología	18	13.23%
Psiquiatría	15	11.02%
Neurología	12	8.82%

Fuente: Ficha de recolección de datos

#### Análisis

De los 136 niños que representan el 100%, 26 corresponde al 19.11% que fueron interconsultados con Otorrinolaringología, seguido de 18 que responden al 13.23% con Oftalmología, posteriormente 15 que son el 11.02% fue con Psiquiatría mientras que 12 que representan el 8.82% se enviaron a Neurología.

#### Interpretación

Se deduce que la mayoría de los niños se interconsulta con Otorrinolaringología, seguido las especialidades a las que fueron enviados fueron Oftalmología, Psiquiatría y Neurología.

3.¿Cuáles son las patologías asociadas y que interconsultas se realizan en los niños con trastornos del lenguaje?

**Tabla N°8 Patologías asociadas**

Patología	Frecuencia	Porcentaje
Parálisis Cerebral	22	16.17%
Hipoacusia	10	7.3%
Disminución de agudeza visual	8	5.88%
Anquiloglosia	3	2.20%

Fuente: Ficha de recolección de datos

#### Análisis

De los 136 niños que representan el 100%, 22 corresponde al 16.17% tiene con patología asociada Parálisis Cerebral, luego 10 que manifiestan un 7.3% de pacientes con hipoacusia, seguido de 8 que simbolizan un 5.88% de niños con disminución de agudeza visual, mientras que 3 que encarnan el 2.20% cursaban con anquiloglosia.

#### Interpretación

Se deduce que la mayoría de los niños que tienen trastornos del lenguaje cursan con Parálisis de cerebral, seguido de otras patologías como son la Hipoacusia, disminución de la agudeza visual y por último con Anquiloglosia.

4.¿Cuál es la terapia implementada?

Tabla N°9 Tratamiento Rehabilitador

Tratamiento	Frecuencia	Porcentaje
Praxias Orolinguales	107	78.67%
Onomatopeyas	104	76.47%
Ejercicios de Soplo	98	72.05%
Terapia de Grupo	43	31.61%
Vocalizaciones	37	27.20%
Estimulación Sensorial	16	11.76%
Terapia Ocupacional	13	9.55%

Fuente: Ficha de recolección de datos

#### Análisis

De los 136 niños que representan el 100%, 107 corresponde al 78.67% que se les enseñó praxias orolinguales, 104 que son el 76.47% se manejaron con Onomatopeyas, 98 que los cuales son 72.05% practicaron ejercicios de soplo, luego 43 que simbolizan el 31.61% se integraron a terapia de grupo, seguido de 37 que son 27.20% se les enseñaron las vocalizaciones, sucesivo 16 niños que son el 11.76% se les realizó estimulación sensorial y consecutivo 13 infantes que son el 9.55% se les indicó terapia ocupacional.

#### Interpretación

Se deduce que la mayoría de los niños que llegan a la atención por trastornos del lenguaje se les enseñan en terapia de lenguaje a realizar Praxias Orolinguales, Seguido de onomatopeyas, Ejercicios de Soplo, se le integra a terapia de grupo, se enseñan vocalizaciones, se les realiza estimulación sensorial y se les indicó terapia ocupacional.

## 9 DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Este estudio se centró en el Hospital de Rehabilitación Aldo Chavarría, en niños menores de 6 años atendidos por primera vez en consulta externa del servicio de logopedia del Hospital Aldo Chavarría, comprendido 2019-2020.

**Objetivo 1.** Se demostró que el mayor número de pacientes es del sexo masculino, comparándolo con literatura se ha descrito que es más frecuente en el diagnóstico de trastornos de lenguaje en niños (Albesa, Crespo, 2012). Predomina el grupo etario de 3 años, que es la edad preescolar, en la que se destaca el inicio promedio de los trastornos del lenguaje (Narvoa, 1997). En procedencia de los pacientes se demostró que el 72.05% viene del departamento de Managua, es importante considerar ya que pacientes con lejanía geográfica tienen más dificultad en tener acceso a información y a servicios de salud (Aludi, 2018).

Se obtuvo que el 62.50% de los pacientes no tiene hermanos, esto es una limitante ya que ellos son de los primeros contactos cercanos a su edad para establecer relaciones afectivas, emocionales y sociales. (Moreno, 2005).

El 57.35% de los pacientes no tienen integración a la educación la cual es de las primeras y principales relaciones interpersonales fuera del entorno familiar e inicio de la estimulación social mediante la cual aprenden de comportamiento, estabilización emocional, sociabilidad y patrón adaptativo en nuevas circunstancias, estos resultados son similares a Albesa, Crespo, 2012 el cual concluyó que se redujo en 10% los trastornos del lenguaje y mejoramiento de conducta en niños cuando ingresaban a centros escolares.

**Objetivo 2.** Dentro de este estudio se evidenció que el 40.44% de los trastornos del lenguaje corresponde al Retraso Simple del Lenguaje. Estos son los más frecuentes diagnosticados entre la

edad de 3 a 5 años a nivel mundial, suelen corregirse sin secuela, pero pueden evolucionar a otros trastornos si no se interviene de manera oportuna. (Albesa, Crespo, 2012)

**Objetivo 3.** Entre las interconsultas realizadas en pacientes con algún trastorno del lenguaje destaco la especialidad de otorrinolaringología con un 19.11% con el objetivo de descartar hipoacusia, la cual es la principal causa de trastorno secundario a déficit instrumental, lo ideal es que a cada paciente que presente trastorno del lenguaje se le realice una valoración con otorrinolaringología y realizar estudios pertinentes. (Pérez, 2004).

En cuanto a las patologías asociadas de los pacientes que poseen algún trastorno del lenguaje sobresalió con un 16.17% la parálisis cerebral en niños. El 100% de los niños con esta patología puede llegar a presentar trastornos de lenguaje por características articulatorias y por su afectación en su estructural cerebral las cuales participan en la expresión e interpretación del lenguaje. (Muñoz, 2003)

**Objetivo 4.** Los resultados obtenidos demuestran que en la terapia de lenguaje los métodos más usados son principalmente las praxias orolinguales comparándolo con la literatura descrita concuerda que son las que se utilizan de manera lúdica en todos los trastornos del lenguaje independiente de cuál sea su etiología, seguido fueron las onomatopeyas nos ayuda a realizar la imitación de sonido coordinando los movimientos del aparato articulatorio para la pronunciación de fonemas y seguido ejercicios de soplo que ayudan a los músculos de la respiración para tener mejor control y fluidez del habla en el niño. ( Susanibar, 2016).

## 10 CONCLUSIONES

Después de realizar el estudio del comportamiento de los trastornos del lenguaje en los niños menores de 6 años atendidos por primera vez en consulta externa del servicio de logopedia del Hospital Aldo Chavarría en el periodo comprendido 2019-2021 se concluyó lo siguiente:

Entre las características sociodemográfica de los niños predominó el sexo masculino, prevalecieron los niños de 3 años, en el lugar de origen sobresalió el departamento de Managua, la mayoría de ellos no tienen hermanos y dominó el absentismo a la integración de la educación.

Acorde los trastornos de lenguaje que los caracterizaba se destacó el Retraso Simple del Lenguaje.

La patología asociada que padecía los pacientes tuvo mayor frecuencia la Parálisis Cerebral. Las interconsultas que se llevaron a cabo en los niños con algún trastorno del lenguaje tuvieron una mayor frecuencia la especialidad de Otorrinolaringología.

Los métodos rehabilitadores que se llevaron a cabo y se enseñaron a los pacientes y familiares destacaron las praxias orolinguales, las onomatopeyas y los ejercicios de soplo.

## **11 RECOMENDACIONES**

### **11.1. Al ministerio**

Dar a conocer el servicio de logopedia en los distintos hospitales y los servicios que se ofertan en el para tener una captación de paciente oportuna y así iniciar una intervención temprana.

### **11.2. Al hospital**

Aumentar el número de personal que atiende el servicio de logopedia para dar atención de calidad y calidez a los niños que llegan por distintos trastornos de lenguaje.

Mejorar el área de atención de los pacientes de logopedia con el abastecimiento de materiales didácticos, llamativos e innovadores, así como la creación de un cuarto sensorial para la estimulación adecuada con énfasis a los niños con TEA.

### **11.3. Al personal**

Continuar la educación del personal involucrado en la atención de los trastornos del lenguaje en el servicio de logopedia.

### **11.4. A la población**

Integración a la educación inicial a todos los niños para empezar y continuar el proceso de habilidades sociales y educación básica.

Tiempo y espacios adecuados en el hogar para compartir con el infante que se encuentra en desarrollo con interacción de calidad.

Paseos en lugares públicos como parques o centros recreativos para que tengan interacción con los demás niños.

Disminuir el tiempo en pantalla de los niños ya que no es una adecuada estimulación y reduce el tiempo de interacción con las personas a su alrededor

Realizar ejercicios de coordinación y manualidades para que sea un estímulo coadyuvante en el desarrollo social y de lenguaje.

## 12 BIBLIOGRAFÍA

- Aguado, G. (2013) *Trastornos de habla y articulación*.
- Aguado, G (2009) *El trastorno específico del lenguaje (TEL) un trastorno dinámico*.
- Bosch, L. (1984) *El desarrollo fonológico infantil: Una prueba para su evaluación*. ANU. Psicología. 28: 33-58
- Campos, P.Á., Palomo, LD. (2014). *Patologías de la comunicación. Proyecto docente para enfermería infantil*. Dislalias. Eglobal. 13(2): 444-52.
- Cano, M.I y Navarro, M.I (2003) *Dificultados en el desarrollo del habla y del lenguaje oral en la infancia y la adolescencia*.
- Claudio, B., Elisabet, S. y Montserrat, V. (2021) *Intervención en Trastorno del Desarrollo del Lenguaje*.
- Crystal, D., Fletcher, P. Y Garman, M. (1983) *Análisis gramatical de los trastornos del lenguaje*. Editorial Técnica-Médica.
- Cuetos, F. (2001). *Evaluación y rehabilitación de las afasias*.
- Didier, P. (2003) *Los trastornos del lenguaje*. s.a.- ediciones; apartado 5347. Barcelona Vilassar de mar- España.
- Fernández, G.S. y López, R. (2005). *Guía de intervención logopédica en las afasias*.
- Fey, M.E., Windsor, J. Y Warren, S. (1994) *Intervención del lenguaje. Serie de intervención de comunicación y lenguaje*.
- García, J.N. (Ed.) *Intervención psicopedagógica en los trastornos del desarrollo*. Pirámide.
- Gortazar, P. (1999) *Intervención en los trastornos del desarrollo del lenguaje y la comunicación*.
- Gortazar, P. (2002) *Juegos y cuentos para el desarrollo del lenguaje XI Congreso AETAPI*. Santander.

- Gracia, M (2002) *Comunicación y lenguaje en primeras edades. Intervención con familias.*
- Latorre, A. J. (2003). *Juego y educación: Aplicación de la construcción y uso de juegos educativos a los procesos de enseñanza y aprendizaje.*
- Maistre, M. (1979). *Los padres y el desarrollo del lenguaje*, 1ra. Edición, Barcelona. Planeta, paideia, v.62
- Mireya, C.(2021) *¿Qué es disartria?*
- Monfort, M. & Juárez, A. (1987) *El niño que habla.* CEPE.
- Monfort, M. & Juarez A. (1993) *Los niños disfásicos. Descripción y Tratamiento.* CEPE.
- Moreno, M. (2005) *Interrelación entre la dislalia y la personalidad del niño.*
- Muñoz, V. (2003) *Rehabilitación de la lengua oral y escrita. Bases neuropsicolingüísticas.* 1ª edición. Madrid: Editorial CEPE.
- Myers, P. (2007) *Como educar a niños con problemas de aprendizaje.* editores de México, s.a grupo noriega editores.
- Olivares, J., *El Niño Con Miedo Hablar.* Piramide.
- Peña-Casanova, J. (2001) *Manual de Logopedia.* 3ª edición. Barcelona (España): Editorial Masson, S.A.
- Perelló, J. (2002) *Diccionario de Logopedia.* Ediciones Lebón: Barcelona (España).
- Pérez J. I. (2004) *Comorbilidades de los trastornos del desarrollo del lenguaje con problemas emocionales y de conducta: Implicaciones para la detección temprana, la evaluación y la intervención.* Bilbao: Servicio Editorial de la Universidad del País Vasco.
- Pérez M., Escotto C., Arango, J., Quintana, L. (2013) *Rehabilitación neuropsicológica. Estrategias en trastornos de la infancia y del adulto.* 1ª Edición. México: Editorial Manual Moderno.

Periáñez, José Antonio; Ríos-Lago, Marcos (2017) *Guía de intervención logopédica en las funciones ejecutivas*. 1ª edición. Madrid: Editorial Sínteis, S.A.

Puyuelo Miguel y J.A Rondal, (2006) *Manuel de desarrollo y alteraciones del lenguaje*.

Rigo, E. (2005). *Las dificultades del aprendizaje escolar. Manual práctico de estrategias y toma de decisiones*. Barcelona: Ars Médica.

Susanibar, F. (2016) *El habla y otros actos motores orofaciales no verbales*. Revisión parte I.

Revista Digital EOS Perú. P. 56-93

## 13 ANEXOS

### FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

Nº DE FICHA \_\_\_\_\_

### CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS

Sexo \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Procedencia \_\_\_\_\_

Hermanos Si\_\_No\_\_ Integración a la educación Si\_\_No\_\_

### TRASTORNO DE LENGUAJE

TEL Si\_\_No\_\_ Dislalia Si\_\_No\_\_ RSL Si\_\_No\_\_

Autismo Si\_\_No\_\_ Disfemia Si\_\_No\_\_ Afasia Si\_\_No\_\_

Disartria Si\_\_No\_\_ Disfonia Si\_\_No\_\_

### EJERCICIOS EN TERAPIA

Ejercicios de soplo Si\_\_No\_\_ Praxias orofaciales Si\_\_No\_\_ Vocalizaciones Si\_\_No\_\_

Onomatopeyas Si\_\_No\_\_ Estimulación sensorial Si\_\_No\_\_

Terapias de grupo Si\_\_No\_\_ Terapia Ocupacional Si\_\_No\_\_

### INTERCONSULTAS REALIZADAS

Otorrinolaringología Si\_\_No\_\_ Oftalmología Si\_\_No\_\_

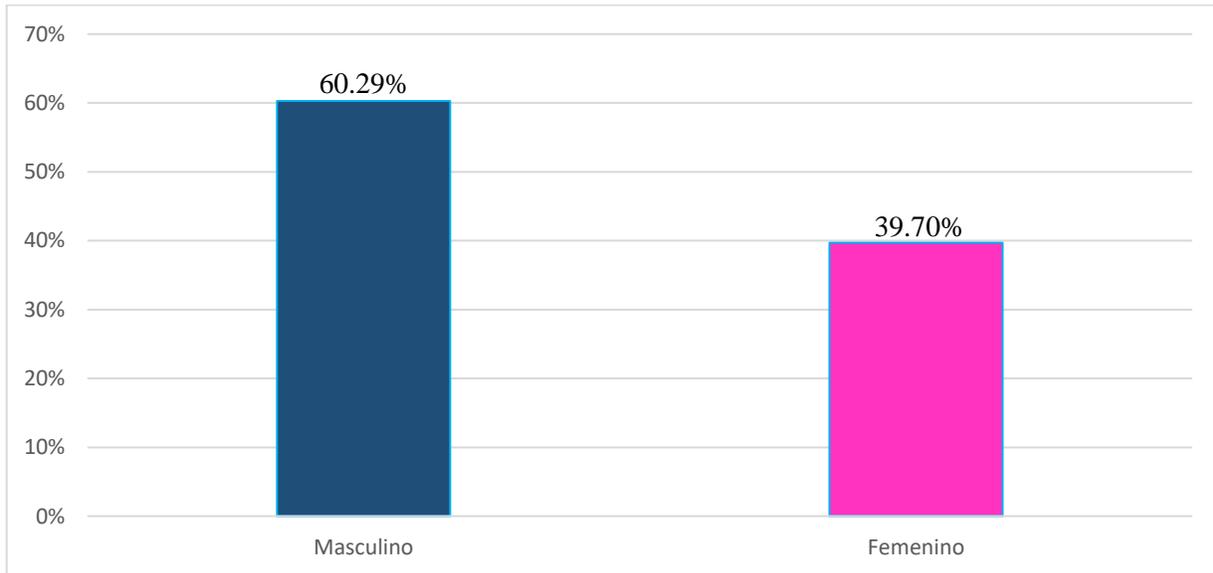
Neurología infantil Si\_\_No\_\_ Psiquiatría Si\_\_No\_\_

### PATOLOGÍA ASOCIADAS

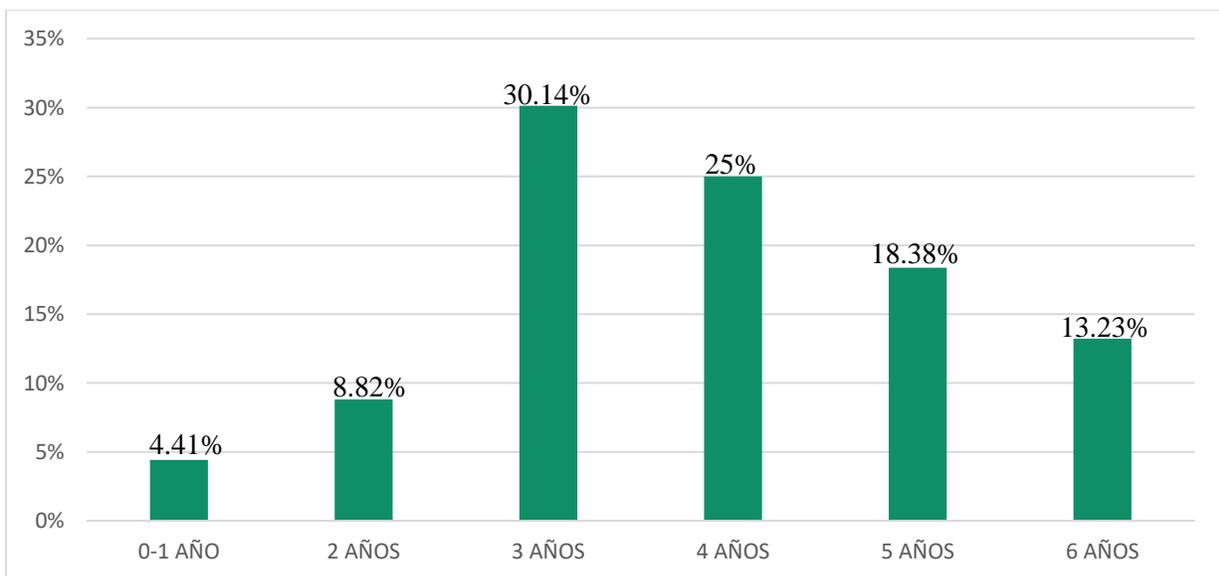
Parálisis cerebral Si\_\_No\_\_ Anquiloglosia Si\_\_No\_\_

Sordera Si\_\_No\_\_ Disminución de agudeza visual Si\_\_No\_\_

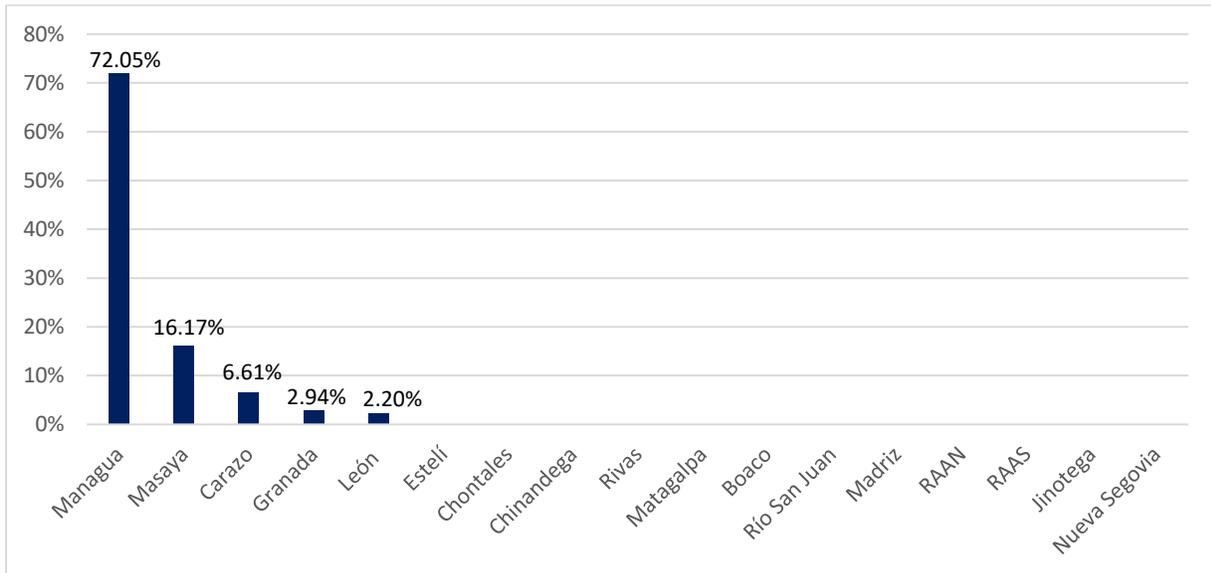
**Gráfico N°1 Sexo de los pacientes con trastornos del lenguaje menores de 6 años atendidos por primera vez en consulta externa del servicio de logopedia del Hospital Aldo Chavarría, 2019-2021.**



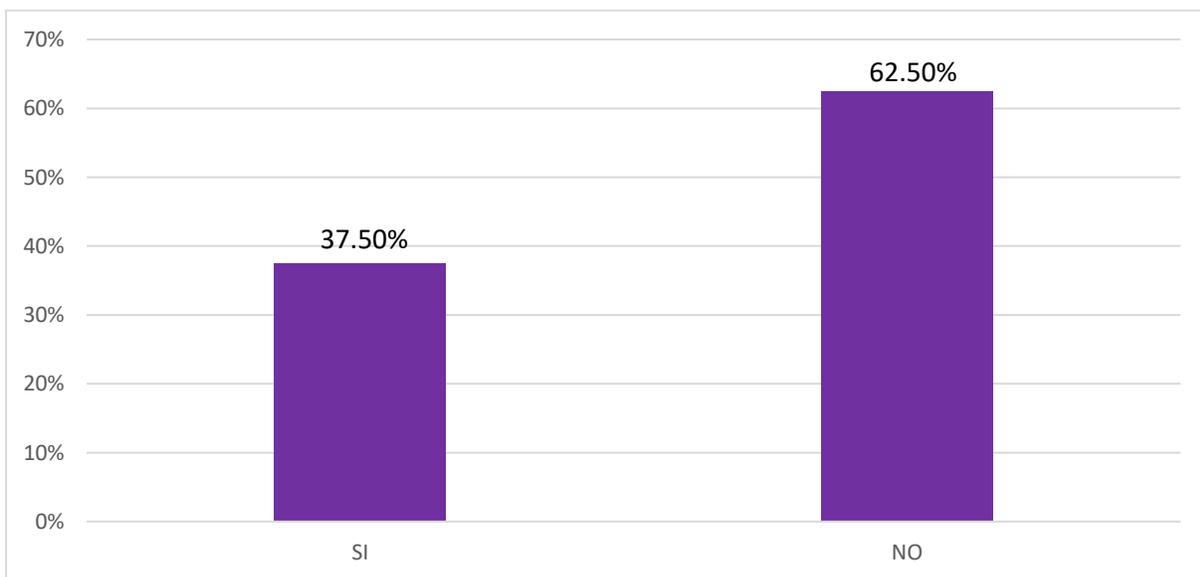
**Gráfico N°2 Edad de los pacientes con trastornos del lenguaje menores de 6 años atendidos por primera vez en consulta externa del servicio de logopedia del Hospital Aldo Chavarría, 2019-2021.**



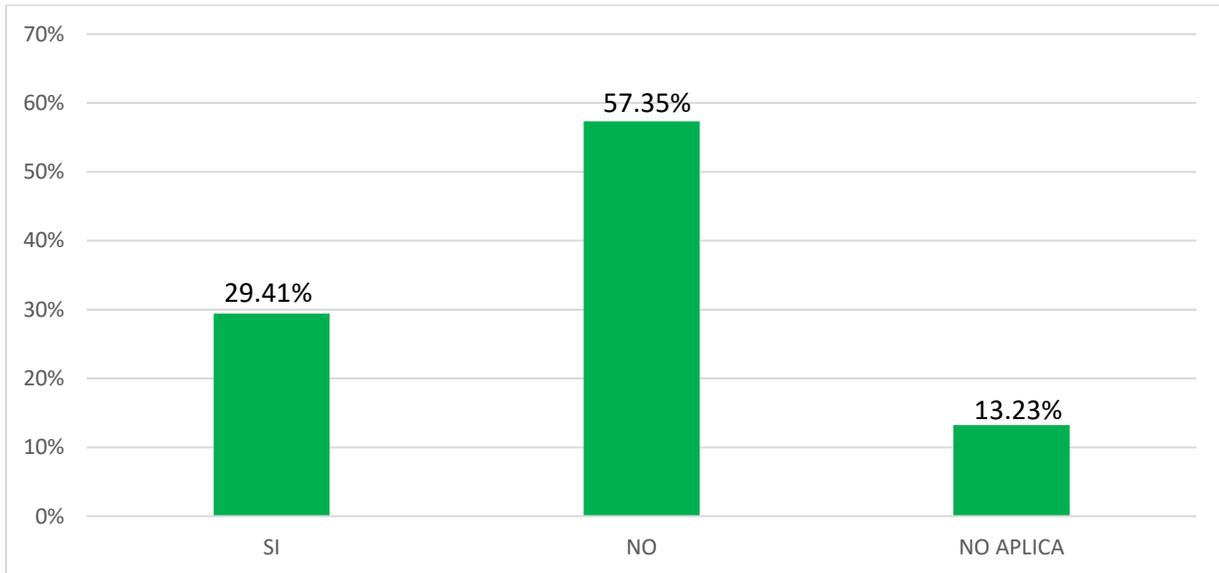
**Gráfico N°3 Procedencia de los pacientes con trastornos del lenguaje menores de 6 años atendidos por primera vez en consulta externa del servicio de logopedia del Hospital Aldo Chavarría, 2019-2021.**



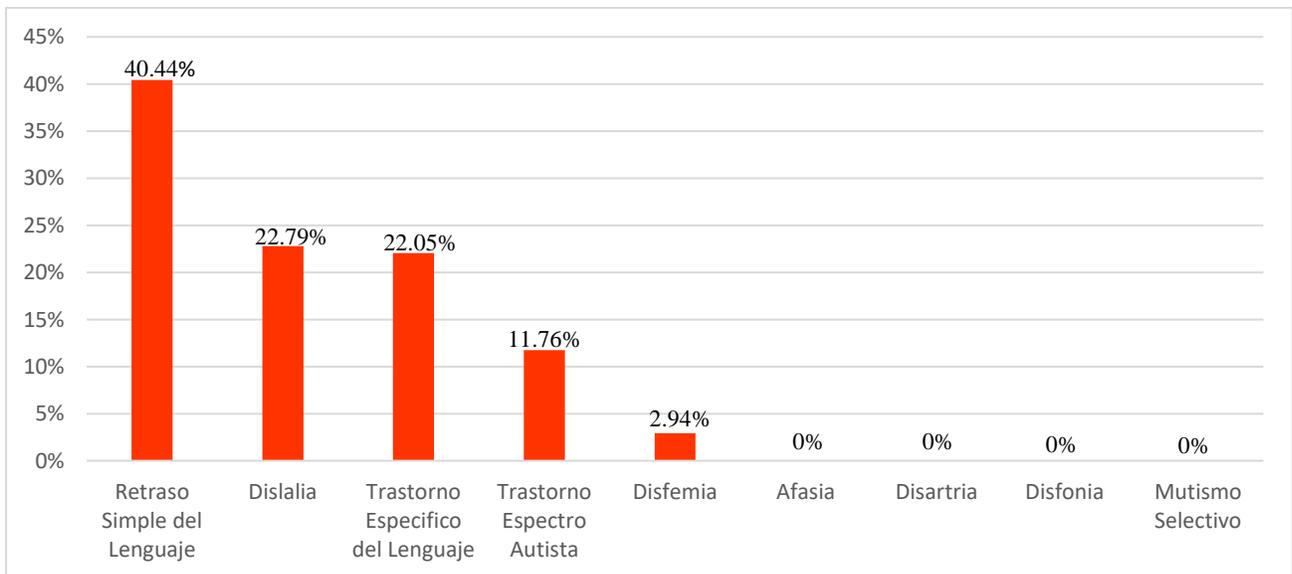
**Gráfico N°4 Presencia de Hermanos de los pacientes con trastornos del lenguaje menores de 6 años atendidos por primera vez en consulta externa del servicio de logopedia del Hospital Aldo Chavarría, 2019-2021.**



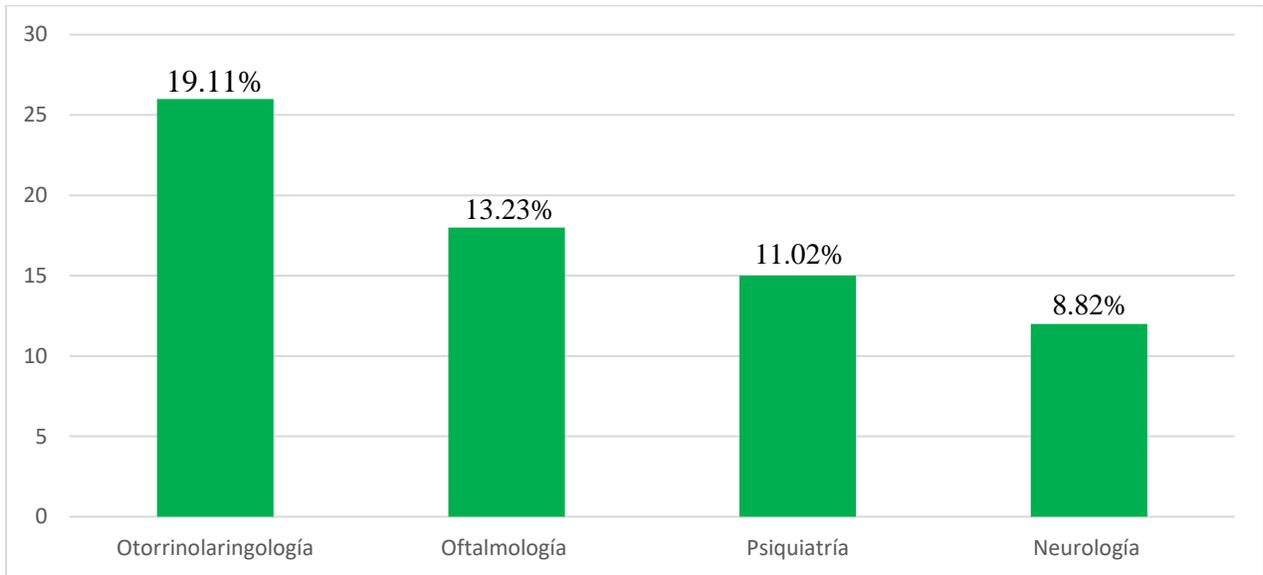
**Gráfico N°5 Integración a la educación de los pacientes con trastornos del lenguaje menores de 6 años atendidos por primera vez en consulta externa del servicio de logopedia del Hospital Aldo Chavarría, 2019-2021.**



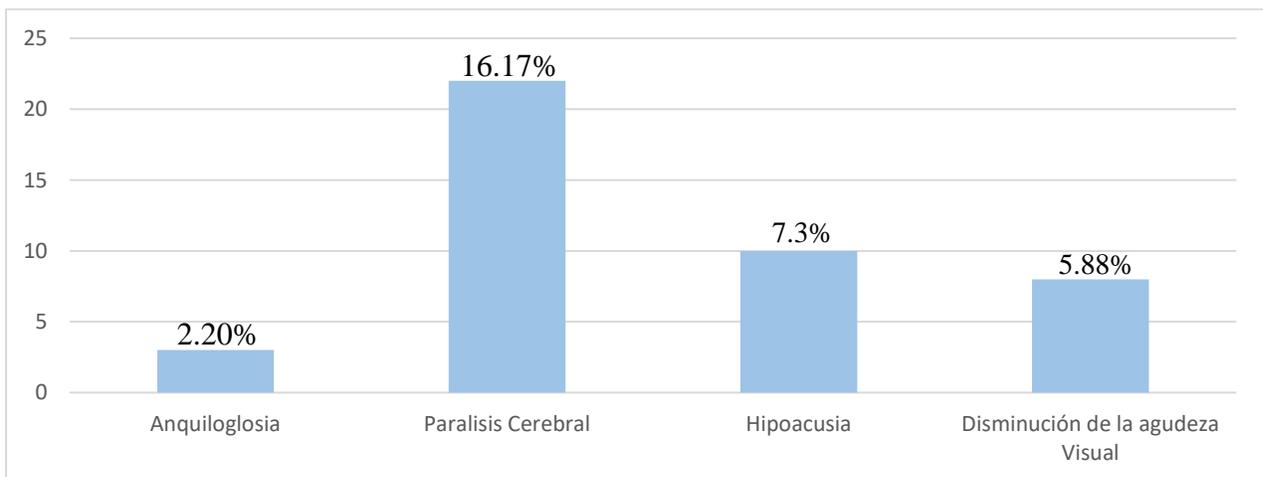
**Gráfica N°6 Trastorno del lenguaje en los pacientes menores de 6 años atendidos por primera vez en consulta externa del servicio de logopedia del Hospital Aldo Chavarría, 2019-2021.**



**Gráfico N°7 Interconsultas realizadas en los pacientes con trastornos del lenguaje menores de 6 años atendidos por primera vez en consulta externa del servicio de logopedia del Hospital Aldo Chavarría, 2019-2021.**



**Gráfico 8 Patologías Asociadas en los pacientes con trastornos del lenguaje menores de 6 años atendidos por primera vez en consulta externa del servicio de logopedia del Hospital Aldo Chavarría, 2019-2021.**



**Gráfico N°9 Terapia implementada en los pacientes con trastornos del lenguaje menores de 6 años atendidos por primera vez en consulta externa del servicio de logopedia del Hospital Aldo Chavarría, 2019-2021.**

