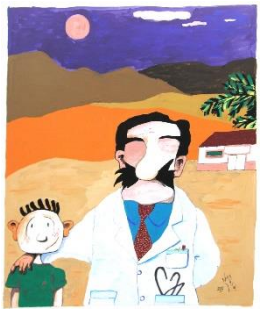
GUÍA DE DERIVACIÓN A FONIATRÍA DESDE PEDIATRÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA



ÍNDICE

1. OBJETIVO ____ 3
2. ALCANCE ____ 3
3. INTRODUCCIÓN ____ 3
4. RECURSOS ____ 4
5. PATOLOGÍAS FONIÁTRICAS INFANTILES: CONCEPTOS, TIPOS Y CRITERIOS DE DERIVACIÓN ____ 4
   a. TRASTORNOS DEL LENGUAJE ____ 5
      i. ALTERACIONES DEL DESARROLLO DEL LENGUAJE (ADL) ____ 5
      ii. TRASTORNOS SECUNDARIOS DEL LENGUAJE ____ 8
      iii. PÉRDIDA DEL LENGUAJE O AFASIA ____ 12
   b. TRASTORNOS DEL HABLA
      i. DISLALIAS ____ 13
      ii. DISARTRIAS ____ 15
      iii. DISGLOSIAS ____ 15
      iv. DISFEMIAS ____ 16
   c. TRASTORNOS DE LA VOZ. DISFONÍAS ____ 18
   d. PATOLOGÍA DE LA DEGLUCIÓN. DISFAGIA OROFARÍNGEA ____ 19
6. TRASTORNOS ESPECÍFICOS DEL APRENDIZAJE ____ 21
7. BIBLIOGRAFÍA ____ 22
8. ANEXOS ____ 23
   a. Anexo 1. CLASIFICACIÓN ALLEN Y RAPIN ____ 23
   b. Anexo 2. HITOS DEL DESARROLLO DEL LENGUAJE ____ 25
   c. Anexo 3. SEÑALES DE ALERTA EN EL DESARROLLO DEL LENGUAJE ____ 26
   d. Anexo 4. CUESTIONARIOS PARA EL DIAGNÓSTICO ADL ____ 26
   e. Anexo 4. CONJUNTO DE IMÁGENES PARA EXPLORAR LOS FONEMAS ____ 28
9. GLOSARIO DE TÉRMINOS ____ 29
10. GRUPO DE TRABAJO ____ 31

1. OBJETIVO

Se presenta el siguiente documento con el objetivo de mejorar la atención a la población infantil de aquellas patologías susceptibles de valoración y tratamiento por la Unidad de Foniatría del Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil

2. ALCANCE

Áreas de Salud de Gran Canaria, Fuerteventura y Lanzarote del Servicio Canario de la Salud del Gobierno de Canarias

3. INTRODUCCIÓN

El campo de la Foniatría y Logopedia abarca un amplio grupo de trastornos relacionados con la comunicación, el lenguaje, el habla, la voz, la audición (sí es responsable de trastornos en los anteriores), así como de trastornos de la motricidad oral y la deglución. Sin embargo, algunos de estos trastornos como los trastornos del aprendizaje (de la lectura y escritura, y del cálculo), que son competencia de profesionales de la Consejería de Educación, Universidades, Cultura y Deportes, o las parafunciones orales (respiración oral, deglución atípica, bruxismo) relacionadas con la Odontología, quedan fuera de las prestaciones del Servicio Canario de la Salud.

Los centros educativos en el ámbito público, ya sea en los colegios de educación específica o en centros ordinarios, asumen la atención logopédica a niños y niñas escolarizados que, por otro lado, constituye la forma más ecológica de atención. Estos centros disponen de profesionales para ello (Profesores de Audición y Lenguaje, Pedagogos, Psicopedagogos, Profesores de Pedagogía Terapéutica) y becas para la atención en centros logopédicos privados. En vistas de evitar la duplicidad de tratamientos y conseguir el aprovechamiento de los recursos, y la máxima eficacia, establecemos un límite de edad (9 años) para la prestación logopédica por el Servicio Canario de la Salud; de tal manera, que dé tiempo a los profesionales de Educación para hacer su valoración y dar la respuesta de tratamiento, y así ningún paciente se quede sin las prestaciones adecuadas. De manera que los **problemas del desarrollo del lenguaje** se derivarán a Foniatría hasta la edad de los 9 años, pero los **problemas del lenguaje adquiridos** se derivaran en el momento del diagnóstico a cualquier edad.

Al elaborar este protocolo hemos intentado estar en consonancia con pautas desarrolladas en otras Comunidades (*LOGOPEDIA: Guía de Apoyo,* del Servicio Madrileño de la Salud)

para que las prestaciones sean lo más homogéneas posibles dentro del ámbito nacional; y hemos tenido en cuenta la Guía desarrollada por la Consejería de Educación, Universidades, Cultura y Deportes del Gobierno de Canarias *(Guía de actuaciones educativas en el ámbito de la comunicación y el lenguaje*), con el fin de mantener la continuidad en la intervención infantil entre profesionales de la salud y la educación en nuestra comunidad; así como los criterios para la valoración de deficiencia y discapacidad desarrollados por el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (*Valoración de la deficiencia y la discapacidad en los trastornos del lenguaje el habla y la voz*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales)

4. RECURSOS

Los pacientes pediátricos del Área de Salud de Gran Canaria son valorados, diagnosticados y tratados por la Unidad de Foniatría del Servicio de Rehabilitación del Complejo Hospitalario Universitario Materno Insular. Los pacientes pediátricos de Fuerteventura son valorados, diagnosticados y tratados por Foniatría que gestiona el Hospital General de Fuerteventura y los pacientes pediátricos de Lanzarote son valorados, diagnosticados y tratados por Foniatría gestionada por el Hospital General de Lanzarote.

5. PATOLOGÍAS FONIÁTRICAS INFANTILES: CONCEPTOS, TIPOS Y CRITERIOS DE DERIVACIÓN

1. TRASTORNOS DEL LENGUAJE	**2. TRASTORNOS DEL HABLA**
1. Alteraciones del desarrollo del lenguaje (ADL)	1. Dislalias, Retraso de habla
1.1. Trastorno especifico del lenguaje (TEL)	2. Disartrias
1.2 Retraso del lenguaje (RL)	3. Disglosias
2. Trastornos Secundarios del lenguaje	4. Disfemias
2.1 Discapacidad intelectual	**3. PATOLOGIA DE LA VOZ: Disfonía**
2.2.Trastorno del espectro autista	**4. PATOGIA DE LA DEGLUCION: Disfagias**
2.3. Trastorno Déficit de Atención e Hiperactividad	
2.4. Hipoacusias	
3. Pérdida del lenguaje o Afasia infantil	

Antes de describir la patología, es importante conocer los componentes y las dimensiones del lenguaje. Se diferencian tres dimensiones dentro del sistema lingüístico desde la doble vertiente de la comprensión y la expresión: forma (fonética, fonología y morfosintaxis), contenido (semántica) y uso (funciones pragmáticas del lenguaje)

De manera que las alteraciones del lenguaje pueden afectar a los diferentes componentes:

- **Fonética:** se refiere a cómo se producen y cómo se perciben los sonidos del habla. (definidos por los rasgos fonéticos: punto y modo de articulación (oral/nasal) y sonidos sordos o sonoros)
- **Fonología:** se refiere a las cualidades fonéticas que hace distinguir un sonido de otros y decidir que es un fonema del idioma que se está hablando.
- **Morfosintaxis:** hace referencia a la estructura interna de las palabras y como se relacionan dentro de la oración.
- **Semántica:** se refiere al significado de las palabras, oraciones y secuencia de acontecimientos en la mente del niño/a. También se ocupa de cómo se relaciona y organiza la información y de la adquisición y uso de categorías abstractas
- **Pragmática:** uso y comprensión adecuados del lenguaje según el contexto.

1. TRASTORNOS DEL LENGUAJE

Entre los trastornos del lenguaje diferenciamos aquellos sin una causa patológica que los justifique, **Alteraciones en el desarrollo del lenguaje (ADL);** y dentro de éstos están el **Trastorno Específico del Lenguaje (TEL)** y el R**etraso del Lenguaje (RL)**, y los que forman parte de otra patología, y en cierto sentido podemos considerar **secundarios** a la misma en algunos casos o comórbidos en otros; entre ellos Discapacidad Intelectual (DI), Trastornos del Espectro Autista (TEA), Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) o Hipoacusia (H). En tercer lugar, consideramos la **afasia infantil,** como la pérdida o deterioro del lenguaje ya desarrollado, debido a una lesión cerebral adquirida.

1. Alteraciones en el desarrollo del lenguaje (ADL)

Seguiremos la terminología anglosajona, que considera dentro las Alteraciones en el Desarrollo del Lenguaje (ADL) (Developmental Language Disorders) dos cuadros distintos: los **Trastornos Específicos del Lenguaje (TEL)** (Language Impairment) y el **Retraso del Lenguaje (RL)** (Language Delay).

1.1 Trastorno específico del lenguaje (TEL)

El Trastorno Especifico del Lenguaje (TEL) es un término que ha desplazado al de "disfasia", y se puede definir según la ASHA (American Speech Language-Hearing Association) como la "*anormal adquisición, comprensión o expresión del lenguaje hablado 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 un trastorno del lenguaje tienen, frecuentemente, problemas de procesamiento del lenguaje o de abstracción de la información significativa para el almacenamiento y la recuperación por la memoria a corto o a largo plazo"*. No se debe a discapacidad intelectual, a deficiencia auditiva, a disturbios emocionales severos, a anormalidades buco fonatorias, no presenta semiología neurológica, y no se debe a factores adversos de tipo sociocultural o ambiental.

Es un cuadro de presentación muy heterogénea en relación a la diversidad de signos que presenta (según los componentes del lenguaje alterado), la severidad de la afectación, y la edad del sujeto, ya que ocurre durante el desarrollo. Por lo tanto, las repercusiones sobre el aprendizaje, la socialización, el desarrollo emocional y de la personalidad van a ser muy diferentes dependiendo de cada caso.

Se han intentado diferentes clasificaciones, una de las más comunes y usada por la Unidad de Foniatría y Logopedia, es la de **Rapin y Allen** (Anexo 1), que incluye los ***Trastornos de la variante expresiva, Trastorno mixto de la Comprensión y Expresión y Trastornos del proceso central de Tratamiento y de la Formulación***

1.2 Retraso del lenguaje (RL)

El **Retraso del Lenguaje** consiste en el retraso en la adquisición o desarrollo de todos los componentes del lenguaje (fonológico, morfosintáctico, semántico y pragmático) sin que exista un trastorno generalizado del desarrollo, ni déficit auditivo o trastornos neurológicos.

El Retraso del Lenguaje (RL), es un cuadro más homogéneo, **afecta sobre todo a la expresión** y no tanto a la comprensión verbal, **presenta una mejor respuesta a la intervención logopédica**, pudiendo conseguir la normalidad antes de los 6 años y **no suele tener repercusión en el ámbito educativo o social.**

La derivación de los pacientes infantiles, con TEL o RL, debe ser precoz; por lo que debemos estar muy atentos y sospecharlo cuando tardan en aparecer las primeras palabras, o no crece suficientemente el vocabulario, sobre todo los términos verbales; sospecha que se puede tener antes de los 24 meses de edad. La sospecha aumenta si pasados los 24 meses no aparecen estructuras de dos palabras (frases de dos términos), y es aún mayor si durante los 24-36 meses no se desarrolla la morfología de la frase (no se conjugan verbos, no hay artículos, mal uso de preposiciones, mal uso de pronombres), las frases suenan telegráficas. Se confirma si se mantienen estos signos de déficit lingüístico después de la escolarización a los 3 años. El patrón de comparación que tienen los profesores de infantil (de niños de tres a seis años) les hace muy sensibles a detectar los niños con problemas del desarrollo en el lenguaje.

Por lo tanto, podemos establecer un **límite a los 3 años**, a la hora de valorar la actuación a seguir en la población infantil con Alteraciones **del Desarrollo del Lenguaje (ADL)**:

- **Menor de tres años**, si se sospecha un ADL, recomendar una guardería y comprobar a los 4 meses la adaptación a la misma, la capacidad de relación del niño con iguales y el efecto de la guardería en el desarrollo del lenguaje. Si persiste la sospecha o se constatan los problemas del desarrollo del lenguaje (ADL) remitir a la Unidad de Foniatría.
- **Mayores de tres años**, ya escolarizados, con sospecha o diagnóstico de ADL, remitir a la Unidad de Foniatría y Logopedia. Adjuntar si se aporta informe del centro educativo.

El papel del pediatra de Atención Primaria es fundamental en la detección precoz de estos trastornos, por lo que se recomienda un seguimiento estrecho del desarrollo del lenguaje valorando tanto *la capacidad de comprensión, de expresión y la intención comunicativa,* a través del Programa de Salud Infantil teniendo en cuenta los hitos del desarrollo del lenguaje **(anexo 2)** y las señales de alerta **(anexo 3)**; así mismo existen cuestionarios específicos, según edades, que pueden ayudarnos en la valoración y necesidad de derivación a la Unidad de Foniatría **(anexo 4)**

2. Trastornos secundarios del Lenguaje

2.1 Discapacidad Intelectual (DI)

Definimos la D.I. según la Clasificación Internacional de Diagnósticos DMS-V como aquellas limitaciones significativas tanto, en el funcionamiento intelectual como en la conducta adaptativa, entendiendo ésta como habilidades adaptativas de tipo conceptual, práctico y social. Esta discapacidad se origina antes de los 18 años.

La discapacidad intelectual engloba un grupo muy heterogéneo de patologías que, hasta en un 30 – 40 % de los casos no se encuentra una etiología clara. Tradicionalmente se establecía el diagnóstico de D.I. en función del cociente intelectual (CI), diferenciándose cuatro niveles de retraso mental (leve, moderado, severo y profundo). Sin embargo, el DSM-V establece una clasificación en función del funcionamiento adaptativo y no en cuatro niveles de CI. La gravedad de la DI tiene importancia en la planificación de los programas educativos y sociales.

En el tratamiento logopédico tenemos en cuenta la discrepancia entre el desarrollo del lenguaje y el desarrollo intelectual. Los niños con DI severa o profunda suelen necesitar escolarización en un Colegio de Educación Especial, donde se realiza una intervención global dentro del ámbito educativo, con participación de la logopeda escolar para favorecer la comunicación y el lenguaje, por lo que en la mayoría de estos casos no se indica logopedia clínica. En el resto de los casos de DI se indicará logopedia clínica según la necesidad individual hasta la edad de 9 años (equivalente a 3ª de primaria) en que se procede a la alta médica para continuar la intervención a través del sistema educativo.

En vistas de facilitar la derivación, estableceremos diferencias entre aquellos en los que las dificultades de la comunicación y el lenguaje forman parte de un síndrome, cuyo fenotipo facilita el diagnóstico temprano; y aquellos en los que habrá que esperar a que acontezca un retraso en el desarrollo para sospechar el diagnóstico.

- En los primeros, **se deben remitir a la Unidad de Foniatría una vez cumplan el primer año de vida** para una primera evaluación, en la que se valora presencia de disfagia orofaríngea, alteración de la comunicación, y presencia de los prerrequisitos del lenguaje; y se decide la necesidad y el momento de intervención individualmente.

- En los segundos, suele ser el retraso en la aparición del lenguaje uno de los primeros signos que hacen sospechar la DI, y esto suele acontecer pasados los 24-30 meses de edad. **En cuanto aparezca esta sospecha debe remitirse a la Unidad de Foniatría**, dónde en la mayoría de los casos se comenzará con la estimulación de los prerrequisitos del lenguaje.
- Los niños con D.I. que ya han cumplido los 4 años y aún se encuentren en fase prelingüística (no emiten aún la primera palabra) y aún no han desarrollado las habilidades que se consideran prerrequisitos para el desarrollo del lenguaje (contacto ocular, atención conjunta, permanencia del objeto, capacidad de imitación, presencia de gestos protoimperativos y/o protodeclarativos, juego simbólico…) requieren un programa de intervención global y ecológico dentro del ámbito familiar y escolar. Salvo que existan dudas en el diagnóstico de la patología del lenguaje, no serán derivados a la consulta de foniatría, (su atención es escolar)

Criterios derivación

- Asociado a un síndrome o fenotipo: derivar a los 12 meses
- DI que se diagnostica por retraso lenguaje: derivar ante la sospecha (24-30 meses)
- Niños /as > 4 años en fase prelingüística: no derivar (intervención educativa)

2.2 Trastorno del Espectro Autista (TEA)

El diagnóstico de TEA recoge un grupo de trastornos neuropsiquiátricos, heterogéneo en cuanto a la expresión clínica y grado de severidad, caracterizados por alteraciones en la comunicación e interacción social y por la presencia de patrones de comportamiento restringidos, repetitivos y estereotipados, presentes en el periodo temprano del desarrollo.

Las alteraciones de la comunicación y el lenguaje suelen ser el principal motivo de consulta, hasta en un 70 % de los casos. Dos tercios de los niños presentan discapacidad intelectual.

La intervención temprana ayuda a mejorar la capacidad intelectual, el lenguaje y las habilidades adaptativas. Es fundamental un buen programa educativo y la coordinación de diferentes profesionales y la familia.

Criterio de derivación: Se recomienda derivar a foniatría en el momento de la sospecha/diagnóstico de TEA, a partir de los 16 meses, siempre que existan alteraciones del lenguaje.

2.3 Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH)

El TDAH es un trastorno neurobiológico que se manifiesta en la infancia y puede persistir en la edad adulta. Se manifiesta por diferentes grados de falta de atención, sobreactividad e impulsividad inapropiados para la edad del paciente, con afectación del funcionamiento cognitivo, conductual, emocional y social. Los síntomas aparecen antes de la adolescencia y no son atribuibles a alteraciones neurológicas, del lenguaje grave, discapacidad intelectual o trastornos emocionales.

La presencia de problemas de lenguaje en estos niños, (similares a los descritos en las ADL, pero acompañado de impulsividad en las respuestas y de falta de comprensión en relación con el déficit de atención) es el motivo de su derivación a la Unidad de Foniatría.

Si es menor de 3 años se recomienda el ingreso en una escuela infantil o guardería durante 4 meses y si tras ese periodo aún persiste la sospecha de trastorno del lenguaje remitir a foniatría. Si es mayor de 3 años con presencia de trastornos del lenguaje remitir a foniatría

Se recomienda solicitar la valoración por el Equipo de Orientación Educativa y Psicopedagógica (EOEP), con la elaboración de informe educativo e intervención escolar.

La duración de la logopedia tiene los mismos criterios (hasta los 9 años) que los señalados en otros trastornos secundarios del lenguaje

Criterios de derivación

- Menor de 3 años: se recomienda acudir durante 4 meses a escuela infantil o guardería y sí persiste la alteración del lenguaje, derivar a Foniatría
- Mayor de 3 años: derivar a Foniatría, si es posible con informe del EOEP

2.4 Hipoacusias

La pérdida auditiva (hipoacusia) en niños tiene repercusiones muy complejas, dependiendo de múltiples factores:

1. **Grado de pérdida auditiva:** según la BIAP (Bureau International d´Audiophonologie): Desde 0 a 20 dB se considera audición normal; de 20 a 40 dB hipoacusia ligera; 40 a 70 dB hipoacusia media, 70 a 90 dB hipoacusia severa, mayor de 90 dB hipoacusia profunda.

2. **Momento de aparición**: hipoacusia congénita, antes de los tres meses de vida; hipoacusia prelocutiva, antes de la aparición del lenguaje aproximadamente entre los tres meses y los dos años; hipoacusia peri locutiva, entre los dos y los cinco años; hipoacusia post locutiva, posterior a la adquisición del lenguaje, más de cinco años.

3. **Lugar de la lesión**: hipoacusia conductiva (lesión en el oído medio o externo), hipoacusia perceptiva o neurosensorial (lesión coclear o retro coclear) y mixtas (conductiva más neurosensorial)

4. **Etiología de la hipoacusia**

5. **Lenguaje materno**: el lenguaje de la familia es oral, es lenguaje de signos, o mixto.

Estos factores junto a otros clínicos y antecedentes personales determinan la necesidad de uso de prótesis auditiva.

Por lo tanto, es una población muy heterogénea en cuando a desarrollo del lenguaje, habla y características de voz.

Además, hay que tener en cuenta que los servicios escolares en esta patología cuentan con una gran tradición en la intervención logopédica y son sumamente competentes.

La indicación de intervención logopédica clínica no está determinada solo por la presencia de hipoacusia; ésta, debe completarse con la valoración de los factores antes mencionados, y es el conjunto el que indica las necesidades logopédicas.

Según lo expuesto se deben **derivar a la Unidad de Foniatría y Logopedia**

- **Todos los niños con hipoacusia, antes de comenzar la escolarización,** para valoración de las habilidades auditivas, del lenguaje y el habla. En la derivación debería aportar la información sobre los factores señalados: grado de pérdida, tipo de hipoacusia según la lesión, momento de aparición, causa de la misma y entorno comunicativo del paciente.

- **Los pacientes con implante coclear** se atienden en la Unidad de Hipoacusia del CHUIMI, y esta Unidad se encarga de derivar a estos pacientes a Foniatría.

3. Perdida del lenguaje o Afasia

Consideramos la afasia infantil como la pérdida o deterioro del lenguaje como consecuencia de una lesión cerebral adquirida. Normalmente se afecta la comprensión y la expresión del lenguaje, tanto a nivel oral como escrito (si el/la niño/a ya ha adquirido la lectura y la escritura). Para usar el término de afasia el/la niño/a tiene que haber adquirido un mínimo de lenguaje, lo que ocurre después de los 2 años.

Las causas más comunes en niños son los traumatismos craneoencefálicos y las lesiones de origen vascular, y menos frecuentemente las debidas a tumores o infecciones. Incluimos dentro de este apartado el síndrome de Landau Kleffner, también conocido como Afasia Adquirida Epilepsia

Hay una gran variedad de síntomas, signos y formas clínicas, que de forma esquemática se pueden clasificar en tres grandes grupos:

- Afasia expresiva (también llamada no fluente, motora, o afasia de Broca).

- Afasia receptiva (también llamada fluente, sensorial, comprensiva, o afasia de Wernicke).

- Afasias mixtas. Afectación del lenguaje comprensivo y expresivo.

La derivación debe hacerse desde el momento de la aparición del síndrome afásico. No establecemos ninguna norma en cuanto duración de la intervención logopedia clínica, ya que es un trastorno sobrevenido y no un trastorno del desarrollo.

Criterios de derivación: Derivar en todos los casos, indicar en la derivación etiología de la afasia y fecha de comienzo de la misma

2. TRASTORNOS DEL HABLA

Denominamos habla a *la expresión del lenguaje de forma oral.* Esta expresión puede ser defectuosa por diferentes motivos

1. **Dislalias:** uso funcional inadecuado de la articulación
2. **Disartrias:** alteraciones del SN que dirige y gobierna la emisión oral
3. **Disglosias:** defectos en los órganos periféricos de la articulación
4. **Disfemias:** alteraciones de la fluidez y el ritmo

1. Dislalias.

Dislalias es el trastorno del habla que se manifiesta por dificultad en la articulación de los fonemas (omisión, sustitución, o distorsión de dicho sonido), ocasionada por **alteración funcional** de los órganos periféricos del habla (labios, lengua, mandíbula, paladar y velo), sin que esté alterada la estructura anatómica de los mismos.

1.1 Dislalias fonéticas: dificultad constante en la pronunciación de uno o varios fonemas en cualquier posición de la palabra y también aisladamente.

En general se produce por la colocación en un punto incorrecto y /o modo articulatorio inadecuado de los órganos fonoarticulatorios. Las más frecuentes son:

a) Rotacismo: es la dificultad para pronunciar la **"r"** tanto en su forma vibrante múltiple como simple. Algunas veces se omite y otra es sustituido por "L", "r" simple o "d" (ej.: **r**ata por "ata", "**l**ata" o "**d**ata"); otras veces el punto de articulación se desplaza desde la parte anterior y alta de la cavidad bucal a la posterior y baja, sustituyéndola por "g" (ej.: **r**ata por "**g**ata").Esta última se llama *rotacismo gutural* y suele ser más difícil de corregir.

b) Lambdacismo: se articula erróneamente la **"L"** que se sustituye por "d" o "r" simple (ej.: en vez de **l**una, dice "**d**una", y en vez de caramelo dice "caramer**r**o")

c) Sigmatismo: articulación errónea de **"s"** que se sustituye por "**c**" (ej.: en vez de seis dice "ceis"). La fonología del habla canaria asimila el fonema "**z**" con el fonema "**s**" por lo que no es patológico (ej.: en vez de "gracias" dice "grasias")

1.2 Dislalias fonológicas: dificultad en dominar las normas que regulan la **distribución y secuenciación de los fonemas** para formar correctamente las sílabas y palabras, pero puede pronunciar bien los fonemas de forma aislada.

Generalmente ocurre por deficiente discriminación auditiva de fonemas que presenten rasgos comunes ("r" por "L"), ambiente familiar lingüístico poco estimulante, poca destreza motriz fina (silabas trabadas:" gobo" por g**l**obo" o "tes" por t**r**es), alteraciones de la percepción y de la capacidad de imitación de movimientos, etc.

Las más frecuentes son por:

a) *Omisión*: por ejemplo, la "b", "d"," g" después de la "n" ("pono" por pongo/ "comieno" por comiendo). O *simplificación* de la estructura silábica ("patano" por plátano/" cuato"por cuatro).

b) *Sustitución*: por ejemplo, fonemas con punto articulatorio próximo como "l" y "d" ("lelo" por dedo).

c) *Distorsión*: se sustituyen fonemas continuos, largos y suaves como “f” y “z” por explosivos cortos y fuertes “p”,” t”,” x” (ej.: “puma” por fuma/” taula” por jaula/ “pumo” por zumo). Otros sustituyen fonemas como “l” y “r” simple por vocales (ej.: “piato” por plato).

d) *Error en el modo de producción:* por ejemplo, un fonema permuta su posición con otro dentro de la misma palabra (“murci**galo”** por murci**lago/ “cocre**ta” por **croque**ta / ”**cocho**late” por **choco**late)

1.3 Retraso del habla: es un trastorno mixto que ocurre cuando se asocian las **dificultades fonológicas y fonéticas** en un mismo paciente, afectando a la mayoría de las palabras y frases.

La derivación debe ser después de los 3 años, ya que, en la mayoría de los niños, la experiencia escolar mejora la realización fonológica y fonética; otro índice importante entre los 3 y los 4 años es la falta de inteligibilidad. Entre los 3 y 4 años deberá ser derivado, más cuando presente falta de inteligibilidad del habla, ya que puede reducir las interacciones sociales y familiares. La adquisición del sistema fonético en nuestra lengua finaliza a los 5 o 6 años con la “r” vibrante, por lo que a partir de esta edad no deberían existir problemas de dislalias.

Criterios de derivación en retraso del habla y dislalias:

- Derivar **a partir de los tres años**, después de comprobar que 4 meses de escolarización no consiguen mejorar el habla.
- En caso de **completa ininteligibilidad** (tanto para los padres como para extraños al niño) remitir directamente sin esperar los efectos de la escolarización.
- **Las dislalias** son evolutivas por lo que habrá que tener en cuenta la correspondencia entre la edad y la dificultad. Ver **anexo 5** con dibujos para 3, 4 y 5 años. Por ejemplo, el fonema /R/ alterado (rotacismo), frecuente consultado, es el último que se desarrolla y, si se presenta aislado, solo remitir a partir de los 5 años.

2. Disartrias

Se definen como un trastorno de la expresión oral causado por una alteración en el control muscular de los mecanismos del habla; y, por tanto, engloba disfunciones motoras en la respiración, fonación, articulación, resonancia, prosodia y alimentación.

Se clasifican en función del sistema motor alterado:

1.1. Disartria flácida (afectación de la motoneurona inferior, incluyendo el nervio periférico, la unión mioneural y el músculo).

1.2. Disartria espástica (trastornos de la motoneurona superior)

1.3. Disartria atáxica (por trastornos cerebelosos)

1.4. Disartria por lesiones del sistema extrapiramidal. (pueden se hipocinética o hipercinética)

1.5. Disartria mixta (múltiples sistemas motores alterados).

La causa más frecuente en la infancia es la Parálisis Cerebral, pero la complejidad de ésta hace que además de la disartria presente otros trastornos foniátricos

Criterios de derivación: La derivación en las disartrias debe ser lo antes posible; en algunos casos son responsables de disfagia orofaríngea infantil (valorar criterios de disfagia orofaríngea).

3. Disglosias

Disglosias son los defectos en los órganos periféricos de la articulación

Incluimos en las disglosias las alteraciones de la articulación del habla, debido a alteraciones anatómicas y/o funcionales de los órganos del habla. Pueden cursar también con disfunción en la deglución y la respiración. Según el órgano afectado, pueden ser:

a) Disglosias labiales: como el labio leporino

b) Disglosias linguales: por ejemplo, macroglosia, microglosia, anquiloglosia

c) Disglosias palatinas: pueden afectar al paladar óseo o al velo del paladar: fisuras palatinas totales o parciales, úvula bífida, atrofia del velo del paladar, paladar ojival, etc.

d) Disglosias dentales: por alteración en la forma o implantación de las piezas dentarias o ausencia de estas

e) Disglosias mandibulares: por alteraciones en los maxilares como mordidas abiertas o prognatias

Las disglosias abracan un campo muy amplio y únicamente se deben remitir en los siguientes supuestos:

1. Existe una alteración en la secuencia alimentaria, que impide una alimentación eficaz, de manera que no es posible asegurar el aporte nutritivo o la hidratación necesaria (ver disfagia orofaríngea estructural), por lo que queda excluida la deglución atípica.
2. Existe una alteración del habla. Remitir después de los 24 – 30 meses de edad.

4. Disfemia o tartamudez

Es una alteración que afecta a la fluidez y el ritmo del habla. Todas las personas cometemos errores de fluidez o disfluencias, pero se diferencian de la tartamudez en la frecuencia y tipo de alteración

Se presenta con distintos grados de severidad y se acompaña de una variedad importante de síntomas: motores verbales (bloqueos, prolongaciones de sonidos) y no verbales con movimientos automáticos de ojos, boca, manos… (balbismos), emocionales (miedo, ansiedad, vergüenza, sentimiento de inferioridad), y cognitivos (disminución de la autoestima, perspectiva negativa como comunicador).

Los síntomas que podemos observar en la tartamudez son: repeticiones de sonidos (“p..p..p..papá”), sílabas (“mi..mi..mi..mío”), palabras (“pero..pero..pero dámelo”) o fragmentos de frases, así como prolongación de sonidos (“nooooooombre”), bloqueos (“mi padre {silencio}.....se llama Juan) o segmentación de palabras (“vamos to...dos a casa”).

Hay que diferenciarlo de:

- las **disfluencias normales** (llamada tartamudez evolutiva o fisiológica) por las que pasan algunos niños **entre los 2 y los 6 años**; debido a que en este periodo confluyen en el desarrollo del niño grandes avances en cuanto a su desarrollo lingüístico, social, motor y emocional. Suele desaparecer de manera espontánea siempre que los adultos tomen la actitud correcta, restándole importancia y evitando comentarios como “dímelo de nuevo”, “empieza tranquilo y despacio”, etc. Puede durar desde unos días hasta un año.

- la **taquifemia o farfulleo o taquilalia**, problema de habla caracterizado por la velocidad excesiva, difluencias, ausencia de conciencia del problema y posible control del habla si somete a la voluntad del hablante.

Hay clasificaciones diferentes:

1. Disfemia establecida versus disfemia no establecida.
2. Disfemia tónica (interrupción del habla por espasmo muscular) versus disfemia clónica (repetición de fonemas, sílabas o palabras) o se considera disfemia mixta tónico-clónica (cuando hay síntomas de las dos anteriores)
3. Disfemia neurogénica secundaria a una lesión cerebral; disfemia psicógena acontece tras un trastorno de estrés o ansiedad; disfemia habitual que surge en trascurso del desarrollo del individuo sin una causa evidente que la desencadene.

La derivación debe ser lo antes posible, pues cuanto más temprano sea el tratamiento y menos elaborados estén los síntomas, más posibilidades existen de mejoría. En la mayoría de los casos entre los 3 y los 4 años, ya que es después de esa edad cuando se manifiestan

Existen unos **signos de alarma** que facilitan la diferencia entre difluencias normales y disfemias. La presencia de 2 o más signos de alarma indica la necesidad de valoración:

- Repetición de sílabas, palabras y/o frases, aumentada en número y frecuencia.
- Pausas, interjecciones y/o muletillas en un número mayor al habitual.
- Prolongaciones de sonidos.
- Tensión corporal visible y audible.
- Atascos o dificultad para empezar a hablar.
- Cambio de palabra por temor al bloqueo. Miedo a producir determinados sonidos.
- Evitar hablar o contestar con monosílabos (sí, no, vale...).
- Incomodidad o miedo al hablar.
- Esfuerzo al hablar.
- Miedo a enfrentar determinadas situaciones verbales. Poca participación en clase.
- Duración de los síntomas mayor de 6 meses
- Antecedentes familiares de tartamudez

Criterios de derivación:

- Derivar a partir de los 3 – 4 años si presenta 2 o más signos de alarma
- En los casos que ya han recibido valoración y tratamiento por parte de foniatría y logopedia, se puede remitir nuevamente si los síntomas empeoran durante un periodo superior a tres meses.

3. PATOLOGÍA DE LA VOZ: Disfonías

La **disfonía** es un trastorno de la voz que afecta a una o más de las características acústicas de la voz (timbre, intensidad y altura tonal). El término de ronquera se usa como sinónimo de disfonía y se define por la presencia de ruido añadido en la voz. La afonía es la pérdida completa o casi completa de la voz.

Entre el 10 y el 40% de los niños presentan disfonía en algún momento, y puede obedecer a múltiples causas de origen orgánico o funcional. Existen múltiples factores que debemos considerar: laringitis aguda o crónica, procesos respiratorios (bronquitis, asma), alergia, obstrucción nasal, insuficiencia respiratoria, laringomalacia, reflujo gastroesofágico, abuso vocal, mala técnica vocal, factores psicológicos (hiperactividad, timidez), etc.

En la exploración instrumental, las cuerdas vocales son normales en la mitad de los casos y cuando encontramos alteraciones el hallazgo más frecuente es el nódulo, en el 50-80% de los casos. Sin embargo, se deben descartar lesiones congénitas cuando la disfonía aparece precozmente, así como si persiste durante más de un mes sin patología que lo justifique.

Los resultados de la reeducación vocal dependen, en gran medida, de la motivación del niño y suelen ser poco eficientes por debajo de los 6-7 años. No obstante, los hábitos de higiene vocal pueden ser introducidos progresivamente a través del ámbito escolar y domicilio, desde la atención en pediatría.

Criterio de derivación:

- Todos los casos deben ser valorados previamente por ORL
- Remitir a foniatría (después de la valoración de ORL) a partir de los 7 años

4. DISFAGIA OROFARINGEA

La disfagia se define por una dificultad en el paso de los alimentos desde la boca hasta el estómago. La disfagia puede clasificarse según la localización en orofaríngea o esofágica. La disfagia orofaríngea es la que tiene tratamiento rehabilitador.

La disfagia engloba dos aspectos importantes que deben cuidarse: la eficacia, que garantiza un aporte de alimentos y líquidos suficiente para una adecuada nutrición e hidratación; y la seguridad, que mantiene la vía aérea protegida de posibles aspiraciones durante la deglución. Si la alimentación oral no es segura y/o eficaz puede ser necesaria la colocación de una vía de alimentación enteral transitoria (sonda nasogástrica) o permanente (gastrostomía). Las etapas de desarrollo de los procesos deglutorios pueden resumirse a grosso modo en la siguiente tabla:

Edad	Proceso de la deglución
0-3 meses	Deglución coordinada: succión-respiración-deglución Leche materna o de fórmula
4-7 meses	Desaparición reflejo de extrusión / deglución voluntaria Alimentos semisólidos: purés o papillas
8-12 meses	Inicio de la masticación Alimentos sólidos: picados o desmenuzados. Bebe en una taza con ayuda
12-36 meses	Control de la masticación completa Alimentos sólidos: troceados. Bebe en una taza sin ayuda

Los síntomas de disfagia orofaríngea pueden ser:

- Babeo excesivo (sialorrea).
- Problemas para la succión, la masticación y la deglución.
- Escape de comida por la boca.
- Dificultad para controlar líquidos, purés, semisólidos o sólidos.
- Aumento del tiempo de la ingesta (más de 45 minutos)
- Signos de esfuerzo, fatiga y disminución del estado de alerta durante la alimentación.
- Signos de aspiración: episodios de ahogo, tos, desaturación o cianosis.

- Signos de distrés respiratorio durante la alimentación: dificultad respiratoria y aumento de secreciones.
- Cuadro recurrente de infecciones respiratorias.

Las causas de disfagia pueden ser:

- Neurológica, asociada a discapacidad intelectual, trastorno sensorial o motor: parálisis cerebral infantil, síndrome de Down, distrofia muscular, metabolopatía, prematuridad, etc.
- Estructural (asociada a disglosia): fisura labio palatina, micrognatia (Pierre-Robín), macroglosia (síndrome de Down), maloclusión, etc.
- Psicógena (asociada a trastorno de conducta): hiperactividad, autismo, estrés del niño o la familia, etc.
- Otras (asociada a otras patologías): reflujo gastroesofágico, trastorno motor esofágico, atresia esofágica, parálisis laríngea, distrés respiratorio, etc.
- Evolutiva o del desarrollo: sin afectación neurológica u orgánica.

Cuando la eficacia o la seguridad de la deglución se ve afectada, debe ser valorada por el Servicio de Digestivo con el objetivo de completar el estudio de la disfagia, determinar el grado de severidad y si es posible mantener la alimentación oral, si fuese necesario añadir suplementación nutricional o la colocación de una vía de alimentación enteral.

Se deriva a foniatría cuando la disfagia se deba a alteraciones anatómicas (p.e. fisura labio palatina o Pierre-Robin) o **neurológicas** (p.e. parálisis cerebral o síndrome de Down) **que requieran la valoración de la musculatura orofacial** y la indicación de tratamiento logopédico.

Los problemas de alimentación debidos a trastornos psicógenos o de conducta deben ser remitidos a la Unidad de Salud Mental

Los problemas de hipersensibilidad oral y peri oral con rechazo de la comida o intolerancia a ciertas texturas, que no mejoran con pautas generales de alimentación, pueden ser remitidos a Rehabilitación Infantil

Criterios de derivación:

1. **Alteración de la seguridad**: (signos de aspiración y complicaciones respiratorias) Deben ser valorados previamente por Digestivo. Remitir a Foniatría a partir de los 12 meses, indicando en la derivación patología orgánica de base.

2. **Alteración de la eficacia**: (falta del control del alimento o la saliva). En caso de dificultad de succión en el recién nacido, el control se realizará por enfermería del hospital; en caso de dificultad de mascado y masticación remitir a Foniatría a partir de los 18 meses; en caso de dificultad en el control de la saliva remitir a partir de los 2 años.

5. TRASTORNO ESPECÍFICO DEL APRENDIZAJE

Se diagnostica cuando el rendimiento del individuo en lectura, cálculo o expresión escrita es sustancialmente inferior al esperado por la edad, la escolarización y el nivel de inteligencia, e interfiere significativamente en el rendimiento académico o las actividades de la vida diaria.

La **dislexia del desarrollo o trastorno de la lectura** representa al 80% de los trastornos del aprendizaje y supone un problema para aprender a leer en presencia de inteligencia normal y en ausencia de otros problemas físicos o psicológicos que puedan explicar las dificultades.

Los **trastornos de la escritura** se dividen en dos grupos: las **disgrafías**, por alteración de los procesos motores (tamaño y forma de las letras, deformidad, espaciado entre letras, …); y las **disortografías**, que se consideran un trastorno específico de la ortografía (errores gramaticales o fonológicos) y se asocian con frecuencia a la dislexia.

Derivación:

No procede derivación a Foniatría. Debe ser evaluado por el EOEP de Educación

7. BIBLIOGRAFÍA

1. Abón Santos A, López-Táppero Sainz J, Sánchez Callejas S, Ubach Badía B, Vázquez Castro J et al. Guía de apoyo dirigida a pediatras y médicos de Atención Primaria para derivación de pacientes menores de 14 años a los Hospitales de la Red Pública de la Comunidad de Madrid para la valoración de tratamiento de logopedia. Madrid: Consejería de Sanidad - Dirección General de Coordinación de Asistencia Sanitaria; 2011. http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM017009.pdf
2. Acosta Rodríguez V, Moreno Santana AM, Cámara Barroso M, Coello Marrero AR, Mesa Suárez JL et al. Guía de actuaciones educativas en el ámbito de la comunicación y el lenguaje. Consejería de Educación, Universidades, Cultura y Deportes del Gobierno de Canarias;2007 http://www.gobiernodecanarias.org/cmsweb/export/sites/educacion/web/.content/publicaciones/archivos/documento/guia_de_actuaciones_ed.pdf
3. Aguilera Albesa S, C.E. Orellana Ayala. Trastornos del lenguaje. Pediatría Integral 2017; XXI (1): 15 – 22. https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2017-01/trastornos-del-lenguaje-2017/
4. Alonso Bidegaín M, Busto Domínguez T, De la Sierra Vázquez C, González Colmenero E, Martínez Varela F et al. Protocolo de coordinación, intervención y derivación interinstitucional en atención temprana. Consellería de cultura, educación e ordenación universitaria de la Xunta de Galicia; 2015.
5. Asociación Americana de discapacidades intelectuales y del desarrollo. Definición Discapacidad Intelectual.11ª Edición (2010)
6. Castro Rebolledo et al. Clasificación Rapin y Allen. Revista Neurología, 2004; 39 (12): 1173-1181.
7. Evidence Best Practice Information Sheets for Health Professionals. Disfagia orofaríngea, Identificación y manejo en niños con afectación neurológica. Reproducido del Best Practice 2000; 4 (3): 1-5. ISSN. 1329-1874
8. Fernández Delgado D. Logopedia para pediatras. Ene Ediciones ISBN:978-84-85395-91-0.2011
9. Fernández Traseira Carmen Dolores et al. Disglosias. Libro: Dificultades del aprendizaje en Educación Infantil 2009, pág 37-39.
10. García Sánchez FA, Mendieta García P. Guía de orientación y sensibilización sobre el desarrollo infantil y Atención Temprana para Pediatría. Consejería de Sanidad - Unidad de Desarrollo Sectorial de Atención Temprana de FEAPS Región de Murcia; 2006.
11. Gorospe Arocena JM, Garrido Gallego M, Vera Giménez J, Málaga Guerrero J. Valoración de la deficiencia y la discapacidad en los trastornos del lenguaje, el habla y la voz. Madrid: Ed. Instituto de Migraciones y Servicios Sociales; 1997.

12. Peña-Casanova J. Manual de logopedia. Barcelona: Ed. Elsevier Masson; 2014.

13. Peñafiel Puerto M. Indicadores tempranos de los trastornos del lenguaje. En: AEPap (ed.). Curso de Actualización Pediatría 2016. Madrid: Lúa Ediciones 3.0; 2016. p. 291-303.

14. Pérez Pedraza P., Salmerón López T. Desarrollo de la Comunicación y el lenguaje: indicadores de preocupación. Rev Pediatr Aten Primaria. 2006;8:679-93

15. Ygual A, El procesamiento del habla en niños con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad: Intervención**.** Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación. Universidad de Valencia. amparo.ygual@uv.es

8. ANEXOS

(Anexo 1) Clasificación del TEL según Rapin y Allen

Trastornos de la variante expresiva:

Trastorno de programación fonológica

Los niños con este trastorno tienen un habla imprecisa e ininteligible. La característica principal es dificultad en la fonología. "Presentan muchas dislalias"

- Cierta fluidez de producción, pero con articulación confusa (enunciados casi ininteligibles)
- Notable mejoría de calidad articulatoria en tareas de repetición de elementos aislados (sílabas, etc.)
- Comprensión normal o casi normal

Dispraxia verbal

Los niños de esta categoría tienen una alteración de tipo fonológico y articulatorio (dificultad para organizar los movimientos de la boca para emitir sonidos), hacen mucho esfuerzo para hablar, con muy poca fluidez

- Incapacidad masiva de fluencia
- Grave afectación de la articulación (hasta ausencia completa de habla)
- Enunciado de 1 o 2 palabras, que NO mejoran en su realización articulatoria con la repetición.
- Comprensión normal o próxima a la normalidad
- Suelen existir antecedentes familiares
- Tienen, en general, mal pronóstico. Los casos más graves no llegan a emitir sonidos del habla.

Trastorno mixto de la Comprensión y Expresión

Trastorno fonológico- sintáctico

Es el cuadro más frecuente. Lo presentan niños con alteraciones fonológicas y articulatorias similares a los dos cuadros anteriores; además, presentan dificultades en la construcción de frases (morfosintaxis) y su comprensión está alterada (lenguaje telegráfico y mal pronunciado)

- Déficit mixto receptivo-expresivo
- Fluidez verbal perturbada
- Articulación de habla alterada
- Sintaxis deficiente: frases cortas, omisión de nexos y marcadores morfológicos, laboriosa formación secuencial de enunciados.
- Comprensión mejor que expresión
- Variables de dificultan la comprensión: longitud enunciado, complejidad estructural del enunciado, ambigüedad semántica, contextualización del enunciado, rapidez de emisión

Agnosia auditivo-verbal

Es un trastorno muy poco frecuente. El niño no comprende los sonidos del lenguaje y por lo tanto no desarrolla el mismo, pero si puede comprender los gestos; estas características le dan un comportamiento comunicativo parecido al niño con sordera prelocutiva (si es severo).

- Sordera verbal
- Fluidez verbal perturbada
- Comprensión del lenguaje oral severamente afectada o ausente
- Expresión ausente o limitada a palabras sueltas.
- Articulación gravemente alterada.
- Comprensión normal de gestos.

Trastornos del proceso central de Tratamiento y de la Formulación

Trastorno semántico-pragmático

Aunque el habla es fluida y bien estructurada, tienen problemas severos de comprensión verbal, con interpretación literal del mensaje, sin tener en cuenta el contexto y la intención del hablante, y a veces presentan ecolalias y perseveraciones. Es característico de los niños con TEA

- Desarrollo inicial del lenguaje más o menos normal
- Articulación normal o con ligeras dificultades.
- Habla fluente, a menudo logorréica; puede emitir frases aprendidas de memoria
- Enunciados bien estructurados gramaticalmente
- Grandes dificultades de comprensión, puede haber una comprensión literal y / o no responder más que a 1 o 2 palabras del enunciado del interlocutor.
- Falta de adaptación del lenguaje al entorno interactivo: deficientes ajustes pragmáticos a la situación y/ o interlocutor, coherencia temática inestable, probable ecolalia o perseverancia.

Trastorno léxico- sintáctico

El niño con este trastorno tiene dificultades con el uso de las palabras, no la encuentra, y cuando la encuentra a veces aparece deformada, suele ir con una alteración de la estructura de frases y tienen poco vocabulario. Es característico de los niños con discapacidad intelectual

- Habla fluente con pseudo-tartamudeo ocasional por problemas de evocación
- Articulación normal o con pequeñas dificultades
- Jerga fluente (en el niño pequeño)
- Sintaxis perturbada: formulación compleja dificultosa, interrupciones, perífrasis y reformulaciones, orden secuencial dificultoso, utilización incorrecta de marcadores morfológicos, frecuencia de 'muletillas'
- Comprensión normal de palabras sueltas
- Deficiente comprensión de enunciados.

(Anexo 2) Hitos del desarrollo del Lenguaje

Hitos del desarrollo del lenguaje	Edad Media
Balbuceo	3 – 4 meses
Imitación de gestos y sonidos	6 – 7 meses
Laleo: encadena sílabas, sonidos melódicos	6 – 7 meses
Sigue órdenes simples con gesto	7 meses
Sigue ordenes simples sin gesto	10 meses.
Primeras palabras con sentido e intención	10 – 12 meses
Holofrases: palabra frase	10 – 18 meses

Usa de 10 a 15 palabras	18 meses
Frases de dos elementos	18 - 24 meses
Habla telegráfica: frases de 3 elementos	24 – 30 meses
Uso de artículos, pronombres, preposiciones y posesivos	30 – 36 meses
Frases complejas: longitud indefinida	36 – 42 meses

Anexo 3. Señales de alerta en el desarrollo del lenguaje

12 meses: no emite ninguna palabra, no obedece órdenes simples (adiós con la mano, dar o tomar un objeto)
15 meses: no dice ninguna palabra con sentido o dirección
18 meses: no dice más de 10 palabras y no usa holofrases
2 años: no dice frases de 2 palabras. Los padres/cuidadores principales entienden menos del 50% del habla del niño
3 años: no dice frases de 3 palabras. Los padres/cuidadores entienden menos del 75% del habla del niño
4 años: lenguaje poco comprensible, telegráfico

Anexo 4. Cuestionarios para el diagnóstico de las Alteraciones del Desarrollo del Lenguaje (ADL)

Cuestionario a los 2 años

□ No pide ayuda verbalmente para sus necesidades (comer, beber, ir al baño...)

□ No responde ni sigue una orden sencilla

□ Denominación reducida; No reconoce nombres de objetos cotidianos.

□ Ausencia de holofrases; una palabra que puede ofrecer el significado de una frase completa, por ejemplo “tete” por “dame el chupete” o “oche” por “el coche de mamá”

□ Ausencias de frases de dos palabras; ej. “papá agua”, “mas no”, “vamos ya” …

□ Jerga: ininteligible < 50% (los padres y/o cuidadores principales deben entender más de la mitad del habla del niño/a)

Se considera que debe ser valorado por el foniatra sí cualquiera de los ítems es positivo y no presenta mejoría después de 4 meses de asistencia a Guardería

Cuestionario a los 3 años

□ Comprensión reducida: dificultad para entender historias

□ No comprende órdenes de 2 consignas; p.e. “coge el zapato y ponlo en la caja”

□ No forma frases de 3 elementos (sujeto + verbo + objeto); p.e. “nena quiere pan”

□ No usa palabras diferentes a nombres y verbos (artículos, pronombres, preposiciones)

□ Jerga: ininteligible < 75% (los padres y/o cuidadores principales deben entender más de las ¾ partes del habla del niño/a)

Se considera que **debe ser valorado por el foniatra sí cualquiera de los ítems es positivo y no presenta mejoría después de 4 meses de asistencia a Guardería**

Cuestionario a los 4 años

□ Comprensión reducida: dificultad para comprender y expresar conceptos de espacio y tiempo (aquí/allí, hoy/mañana)

□ Expresión verbal reducida: usa frases cortas y simples, comete múltiples errores gramaticales, altera el orden de la frase (agua nene gusta); precisa gestos para comunicarse

□ Baja competencia comunicativa: persiste la jerga y ecolalias (a esta edad, el habla del niño/a debe ser entendida por personas fuera de su entorno)

Se considera que debe ser valorado por el foniatra sí cualquiera de los ítems es positivo

Anexo 5. Conjunto de imágenes para explorar los fonemas a distintas edades







9. GLOSARIO DE TÉRMINOS

***Altura tonal*:** cualidad de la voz ligada a la frecuencia, nos permite saber si un sonido es agudo o grave.

***Ambigüedad semántica*:** se produce cuando una palabra o frase tiene dos o más significados lo cual puede generar confusión entre las personas.

Atención conjunta: Capacidad del niño de seguir la mirada de los adultos hacia el objeto al que se están refiriendo, y a la vez, el niño es capaz de indicar la orientación hacia los objetos

***Balbuceo*:** Fase del desarrollo del lenguaje que consiste en la pronunciación espontánea y repetida de fonemas y sonidos con una finalidad tanto lúdica como madurativa.

***Deglución atípica*:** Postura y uso inadecuado de la lengua en el acto de la deglución

***Denominación reducida*:** el niño utiliza pocas palabras

***Ecolalia*:** repetición de palabras o frases a modo de eco. Etapa normal en el desarrollo del lenguaje del niño, aunque a los 3 años ya debería ser bastante escasa

Gestos protoimperativos: acto comunicativo prelingüístico que tiene como objetivo la petición de algo que se desea con mucha fuerza señalándolo. Ejemplo, extender el brazo.

***Gestos protodeclarativos*:** acto comunicativo prelingüístico que tiene como objetivo llamar la atención del adulto respecto a un objeto al que el niño señala. Ejemplo, señalar con el dedo.

Habla: utilización que cada individuo o grupo de individuos hace de la lengua. La lengua es siempre la misma, el habla cambia con frecuencia con el uso.

Habla fluida o fluente: es aquella que transcurre sin cortes o interrupciones frecuentes

Holofrase**:** es la interpretación que algunos estudiosos del lenguaje hacen, en una fase temprana del desarrollo del lenguaje, en la que el niño utiliza **una palabra** como si fuera **una frase,** interpretada a través del contexto (p.e. "roto" = "el coche está roto"

Intensidad de la voz**:** cualidad de la voz que depende de la potencia de aire que sale de los pulmones cuando hablamos y golpea con el borde de la glotis.

Jerga**:** habla más o menos abundante pero ininteligible para el oyente

Juego simbólico**:** juego espontáneo donde el niño representa un rol distinto en escenarios imaginarios

Laleo: Es una etapa del balbuceo; el bebé es capaz de encadenar sílabas (consonante - vocal) reiteradas en las que la consonante y la vocal son la misma (ba-ba-ba)

Lengua: Sistema de signos que utiliza una comunidad determinada para comunicarse oralmente o por escrito.

Lenguaje**:** es un sistema de signos, orales, escritos o gestuales, que a través de su significado y la relación permiten que las personas puedan expresarse para lograr el entendimiento con el resto

Logorrea**:** empleo excesivo y desordenado de las palabras al hablar causado por un determinado estado de excitación

Marcadores morfológicos**:** se refiere al tiempo, género y número que presentan las palabras.

Modo de articulación**:** es la postura que toman los órganos que intervienen en la producción del sonido obstaculizando la salida de aire. Pueden ser oclusivos, nasales, vibrantes... Ejemplo, el sonido /b/ es oclusivo, pues se produce un cierre total y momentáneo de los labios**.**

'muletillas'**:** palabras o frases que se repiten mucho por hábito, en ocasiones llegando al extremo de no poder decir frase alguna sin ella

Perífrasis: mencionar con muchas palabras aquello que podría designarse con menos

Permanencia del objeto**:** comprensión de que los objetos siguen existiendo, aunque no puedan ser vistos, oídos o tocados

Perseveración: repetición insistente de palabras con alusión a un mismo tema a lo largo de diferentes momentos de la conversación y/o repitiendo muletillas verbales por moda o hábito. Refleja un estancamiento de ideas

***Prerrequisitos del lenguaje*:** habilidades necesarias para el desarrollo del lenguaje. Incluye contacto ocular, atención, permanencia del objeto, capacidad de imitación, juego simbólico...

Problemas de evocación: problemas para recordar una palabra que necesitamos para expresar nuestro mensaje

***Prosodia*:** Las variaciones de tono, intensidad y duración del habla, que dibujan una curva melódica, marcas de acento y patrones de ritmo que proporcionan sentido a un discurso

Punto de articulación: aquel en el que entran en contacto los órganos fonatorios que intervienen en la producción del sonido. Ejemplo, en el sonido bilabial se unen los labios para emitir fonemas como la /b/

***Reformulación*:** decir lo mismo, pero, con otras palabras. Capacidad de escoger las palabras y estructuras adecuadas a cada situación, a cada interlocutor

***Resonancia de la voz*:** es la amplificación del sonido en una cavidad especifica. Las cavidades que están por encima y por debajo de la laringe pueden entrar en resonancia con la vibración de las cuerdas vocales así amplifican su sonido y le dan timbre y color

***Sonidos sordos*:** son aquellos en los que no vibran las cuerdas vocales /p/ o /t/

Sonidos sonoros: son aquellos en los que vibran las cuerdas vocales. Ejemplo, /m/ o /b/

Timbre de la voz: peculiar modo de sonar que tiene una voz. Es su espectro específico

10. GRUPO DE TRABAJO

Luís Goenaga Andrés. Médico Foniatra. FEA del Servicio de Rehabilitación del CHUIMI

David Simón Bautista. Médico Rehabilitador. FEA del Servicio de Rehabilitación del CHUIMI

M.ª Pino Alonso López. Pediatra de Atención Primaria CS Remudas

M.ª Esther Benítez Rabagliati. Pediatra de Atención Primaria CS Doctoral

Ángeles Cansino Campuzano. Pediatra de Atención Primaria. Coordinación AP-AE Pediatría Dirección General de Programas Asistenciales