

1711
F. C. 114
Ind

CLASIFICACION Y ETIOLOGIA DE LOS TRAS
TORNOS DEL LENGUAJE ORAL EN EL NIÑO.

Presentada a
la Facultad de Ciencias y Humanidades
Universidad de El Salvador

En cumplimiento Parcial de -
los Requisitos para el Grado
de Licenciado en Psicología.

Por
Hilda Orellana de Garay
Junio de 1974.

Tribunal Examinador:

Lic. R. Rolando Garay

Lic. Leticia C. de Orellana

Lic. Ana Celia de Villalta.

A mi esposo :

Rufino Garay h.

A mis hijas :

Aleyda María y

Tania María.

INDICE DE CONTENIDO

Pág.

INTRODUCCION

CAPITULO

I-	LOS TRASTORNOS DE LA COMUNICACION VERBAL Y SU CLASIFICACION	6
1.	Trastornos de la comunicación verbal por defectos anatómo-funcionales a nivel periférico.....	8
2.	Alteraciones del lenguaje de origen neurológico.....	9
3.	Problemas del lenguaje por déficit auditivo.....	10
4.	Alteraciones funcionales de la comunicación verbal.....	11
5.	Problemas de la comunicación verbal de causa no definida.....	12
II-	TRASTORNOS DE LA COMUNICACION VERBAL POR DEFECTOS ANATOMO-FUNCIONALES A NIVEL PERIFERICO.....	13
1.	Fisuras labiales y palatinas.....	15
a)	Fisuras labiales.....	16
b)	Fisuras palatinas.....	18
c)	Recurrencia del fenómeno y diferencia en cuanto al sexo.....	19
d)	Factores Etiológicos.....	20
e)	Características del habla en el niño con labio y paladar hendido.....	23
2.	Otros problemas estructurales que determinan la articulación defectuosa.....	25

a) Retrognatismo.....	25
b) Prognatismo.....	25
c) Defectos estructurales de la lengua.....	25
d) Insuficiencia Velar.....	26
e) Paladar Ojival.....	26
f) Anaomalías de la sección resonancial.....	26
3. Dislalias.....	27
a) Orígenes y causas.....	31
b) Clasificación	32
III- ALTERACIONES DEL LENGUAJE DE ORIGEN NEUROLOGICO.....	34
1. Afasias.....	35
a) Afasia sensorial.....	36
b) Afasia motriz.....	38
c) Afasia mixta.....	39
d) Implicación de otros procesos psíquicos en los cuadros afásicos.....	41
e) Etiología.....	42
2. Otras alteraciones neurológicas.....	44
IV- PROBLEMAS DEL LENGUAJE POR DEFICIT AUDITIVO.....	48
1. Factores determinantes en el desarrollo del habla en el niño sordo.....	52
a) Grados de pérdida auditiva.....	53
2. Características del lenguaje en relación a los diferentes grados de pérdida auditiva.....	55
3. Etiología.....	59

V-	ALTERACIONES FUNCIONALES DE LA COMUNICACION VERBAL.....	61
1.	Lenguaje infantil.....	61
2.	Retardo del lenguaje.....	64
3.	Factores de origen afectivo.....	65
4.	Factores socio-económicos.....	69
5.	Ambiente institucional.....	69
6.	Bilinguismo	72
VI-	PROBLEMAS DE LA COMUNICACION VERBAL DE CAUSA NO DEFINIDA.....	76
1.	Tartamudez.....	76
	a) Características del habla.....	77
	b) Etiología.....	79
2.	Autismo infantil.....	84
	a) Características del habla.....	85
	b) Etiología.....	87
VII-	MEDIDAS PREVENTIVAS Y TERAPEUTICAS.....	89
VIII-	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	95
IX-	BIBLIOGRAFIA.....	98

INTRODUCCION

Cuando el niño inicia la pronunciación de sus primeras palabras, los padres usualmente celebran este hecho como una conducta elaborada de momento, haciendo caso omiso a que, para que el niño haya conquistado el uso de la palabra, ha tenido que pasar por etapas sucesivas de maduración y que, además, toda adquisición y evolución lingüística significa la concurrencia de factores biológicos, psicológicos, sociales y culturales.

En efecto, la eficiencia con que se desarrolla el lenguaje oral en el niño, está condicionada a la integridad de las zonas biológicas responsables, como son los centros cerebrales, las vías de conducción y los órganos efectores, así como por el aparato auditivo, sentido directamente relacionado con el lenguaje. En mayor o menor medida, también tienen implicación en el desarrollo de las habilidades lingüísticas, los factores de tipo afectivo y el ambiente socio-cultural.

Es muy frecuente que los padres observen en sus hijos conductas como las siguientes:

- 1o. El niño persiste en gritos, vocalizaciones y balbuceos y no registra evolución.
- 2o. El niño se expresa con palabras y frases defectuosas.
- 3o. El niño observa mutismo e insiste en mantenerse en actitud

silente.

4o. El niño insiste en su forma de lenguaje infantil.

Muchas veces la reacción de los padres, ante anomalías en el lenguaje del niño, es una actitud pasiva de espera, como resultado de consejos de personas inmediatas o de profesionales, quienes suelen indicar que los seis o siete años el niño "comenzará a hablar", olvidando o ignorando que los primeros años infantiles son períodos valiosos para cualquier reeducación que el niño pudiese necesitar.

En los mejores casos, es notoria la inquietud de los padres, y, de inmediato, recurren a medios de diagnóstico adecuados y a su alcance. Muchos de estos casos son detectados, no como simples hábitos o dificultades menores sino como manifestaciones de deficiencia auditiva, retardación mental o cualquier otro cuadro de seriedad.

Como la adquisición de otras habilidades, el dominio del lenguaje verbal es una conquista básica en la formación del mundo infantil, función importante que contribuye al desarrollo del pensamiento, de las actitudes y de los sentimientos del niño y lo convierte en un ser social.

Por consiguiente, todo intento por conocer y ahondar en los diversos problemas que afectan el desarrollo normal del lenguaje en el niño, tiene de hecho, importancia.

Esa valoración sustenta la razón de este trabajo, el cual - incluye un planteamiento teórico de la patología de la comunicación verbal del niño, su clasificación y etiología. Estudio que está basado en información bibliográfica, en opi- niones de personas especializadas en la materia y, en alguna medida, en la experiencia que he obtenido durante varios a- ños de trabajo en esta rama.

Es necesario señalar que, en la práctica, resultan inconve- nientes para hacer delimitaciones precisas en relación a las alteraciones lingüísticas; ya que en ellas, hay situaciones determinantes que en muchos casos son coexistentes. Sin embargo, con el propósito de plantear un estudio con una mayor ob- jetividad y por su valor práctico y útil, el contenido de es- te trabajo se basa en criterios etiológicos. Los diferentes - aspectos se contemplan en la forma siguiente: 1.- Los trastorunos de la comunicación verbal: Clasificación. 2.- Trastornos de la comunicación verbal por defectos anatomofuncionales a - nivel periférico. 3.- Alteraciones de origen neurológico. 4.- Problemas del lenguaje por déficit auditivo. 5.- Alteraciones funcionales de la comunicación verbal. 6.- Problemas de la comunicación verbal de causa no definida. 7.- Medidas preventi- vas y terapéuticas. 8.- Conclusiones generales.

El tiempo estipulado para la realización del estudio, no ha - permitido su desarrollo en forma exhaustiva; más bien, con re

lación a la amplitud del tema, creo haber hecho un esfuerzo en la labor de síntesis para poder contemplar la mayor cantidad de aspectos.

Mucho más faltará por decir sobre el tema, mucho más que exponer sobre su aspecto de diagnóstico y valor terapéutico. Sea ésta la llave que abra las puertas de la inquietud y el interés, para realizar estudios e investigaciones futuras - de mayor alcance. Las necesidades son obvias: es grande la afluencia de niños que diariamente busca solución a su problema del lenguaje en los centros especializados. Tal afluencia, indudablemente, es mayor de lo que puede imaginarse en términos generales.

Los cuadros clínicos son múltiples. No es ya la época de continuar atribuyéndolo las dificultades del lenguaje únicamente - a la estructura o insuficiencia del frenillo lingual. Este es tan poco frecuente como causante del problema del lenguaje que no se le cuenta entre los factores etiológicos comunes.

Por otra parte, merece atención la población infantil con trastornos del lenguaje que se educa en el grueso de los Centros - Educativos Oficiales, en los que, por la situación socio-económica precaria de la familia, por el congestionamiento debido - a la población escolar o por limitaciones de cupo en los Centros Especializados, constituyen un número de casos que evolucionan sin atención alguna; más bien, se encaminan hacia situau

ciones agravantes, viviendo la burla, la marginación y el -
fracaso escolar.

Niños ignorados y no ignorados, con problemas en su comunicación
verbal, significan un llamado a los especialistas en la
rama, a las Instituciones de bienestar social, y especialmente
te, a las entidades estatales, de manera que, dentro de un -
bien intencionado esfuerzo, la atención a los problemas del -
lenguaje del niño, se perfila cada vez en forma más eficiente
y completa.

CAPITULO I

LOS TRASTORNOS DE LA COMUNICACION VERBAL Y SU CLASIFICACION.

La comunicación verbal es un proceso de orden superior que permite el establecimiento de nexos informativos recíprocos entre las personas, siendo ésta, una de las necesidades vitales del hombre.

El lenguaje oral como medio de comunicación, presupone la participación de estructuras biológicas y la inter-acción de fenómenos psíquicos, físicos y fisiológicos. Es un sistema de signos y símbolos estructurados en el que intervienen dos elementos básicos actuantes: un elemento emisor del mensaje (yo), y un elemento receptor del mismo, (tú).

Con base en los contenidos del medio exterior y los procesos de memorización e integración a nivel de la corteza cerebral del yo, se lleva a cabo la creación y estructuración de una serie de signos diferenciados que constituyen el mensaje o información.

Realizados los procesos psíquicos de orden superior, ya mencionados, los centros motores del analizador verbal, mediante los impulsos nerviosos de conducción eferente, accionan los órganos fonoarticuladores periféricos, lo que da como resultado,

la palabra.

Como un conjunto de sonidos articulados, la palabra al emitirse, produce cambios de presión que se propagan en el aire en forma de ondas sonoras que llegan a estimular el aparato auditivo del interlocutor (tú). Esta energía mecánica, transmitida por la cadena osicular del oído medio impresiona los fluidos y estructuras cocleares a nivel del oído interno, donde al transformarse en energía hidráulica se genera el impulso nervioso. La conducción de este impulso, hacia los centros corticales, es posible mediante el nervio auditivo.

El mensaje recibido en la corteza cerebral determina la formación de una serie de circuitos representativos de elementos verbales y palabras memorizadas que permiten el reconocimiento e interpretación de los signos escuchados.

El mecanismo del lenguaje oral antes descrito, permite conocer en forma somera las diferentes estructuras y funciones que intervienen en la producción oral. Toda la patología del lenguaje verbal en el niño, está ligada a este proceso, de manera que, cualquier alteración lingüística se deriva de anomalías anatómo-fisiológicas o psíquicas de mayor o menor alcance.

Los problemas del habla infantil son múltiples y complejos, los cuales en una forma esquemática se presentan en los cuadros siguientes.

1. TRASTORNOS DE LA COMUNICACION
VERBAL POR DEFECTOS ANATOMOFUN
CIONALES A NIVEL PERIFERICO.

a) FACTORES ANATOMICOS POR
ALTERACION DE ESTRUCTURAS:

- Fisuras Labiales
- " Palatinas
- " Velar
- " Submucosa
- Diastemias
- Alteraciones o implanta-
ción dentaria defectuosa.
- Paladar Ojival
- Implantación defectuosa
de maxilares.
- Defectos anatómicos linguales
- Insuficiencia velar

b) FACTORES FUNCIONALES O DEFECTOS
POR INCAPACIDAD FUNCIONAL:

- Parálisis Facial
- Dificultades motrices de los
órganos activos por lesiones
nerviosas a nivel periférico.
- Semiparálisis o parálisis ve-
lar.
- Hábitos inadecuados en la mecá-
nica del habla.

CARACTERISTICAS DEL LENG

- Dislalias simples o mú-
ples.
- Hiperrinolalia
- Hiporinolalia
- Pronunciación general
tuosa.
- Lenguaje carente de fl
Habla torpe.
- Trastornos de la comun-
ción por hipoacusia as-
da.

2. ALTERACIONES DEL LENGUAJE
DE ORIGEN NEUROLOGICO.

- a) AFASIAS : - Motriz o expresiva
- Sensorial o receptiva
- Afasia Mixta
- Afasia Amnésica.
- b) AGNOSIAS
- c) APRAXIAS
- d) DISARTRIAS
- e) ALEXIA
- f) AGRAFIA
- g) AMUSIA
- h) ACALCULIA
- i) PROBLEMA DEL LENGUAJE
ASOCIADO A INVALIDEZ
MOTRIZ CEREBRAL.

CARACTERISTICAS DEL
LENGUAJE:

- Ausencia del lenguaje articulado o sonidos vocálicos en frecuencia reducida.
- Producción vocal con sonidos indistintos e ininteligibles.
- Articulación deficiente. Dislalias simples o múltiples.
- Vocabulario pobre.
- Uso perseverante de formas de expresión.
- Dificultades en la comprensión.
- Desorganización del lenguaje.

3. PROBLEMAS DEL LENGUAJE
POR DEFICIT AUDITIVO.

- a) HIPOACUSIAS : - Superficial
- Media
- Profunda
- b) SORDERAS : - Sub-Total
- Total o Anacusia.

CARACTERISTICAS DEL LENGUAJE.

- Dificultades en la comprensión del lenguaje.
- Dificultades en la estructura del lenguaje.
- Pronunciación defectuosa. Palabras simples y múltiples
- Carencia de fluidez
- Limitaciones de vocabulario
- Voz carente de matices, dificultades en el tono, intensidad, timbre, acentuación ritmo y velocidad.
- Retardo en el lenguaje
- Tendencia al uso mímica y gesticulación.

4. ALTERACIONES FUNCIONALES
DE LA COMUNICACION VERBAL.

CARACTERISTICAS DEL LENGUAJ

a) LENGUAJE INFANTIL

- Uso frecuente de diminuti
- Lenguaje a base de sufijo
- Omisiones, sustituciones
distorsiones.

b) RETARDO DEL LENGUAJE

(Por factores afecti
vos socio-económicos
y ambiente institucio
nal).

- Nivel limitado de vocabul
- Formas inmaduras del leng
no adecuadas a la edad cr
lógica del niño.

c) BILINGUISMO

- Dificultades en la pronun
ción.
- Limitaciones en el vocabu
- Dificultades en la conver
y lenguaje espontáneo.

PROBLEMAS DE LA COMUNICACION
VERBAL DE CAUSA NO DEFINIDA.

CARACTERISTICAS DEL LENGUAJE:

a) TARTAMUDEZ

- Alteración del ritmo de la palabra.
- Detención o espasmo temporal en la pronunciación.
- Bloqueos consecutivos en el habla.
- Movimientos asociados a bloqueos y repeticiones.

b) AUTISMO INFANTIL

- Lenguaje eventualmente sin ser entendido por los demás.
- Ausencia de lenguaje o algún retraso en el desarrollo del habla.
- El niño puede en casos poseer una mala pronunciación.
- Repetición constante de palabras o frases.
- Uso de vocabulario con significado rígido.

CAPITULO II

TRASTORNOS DE LA COMUNICACION VERBAL POR DEFECTOS ANATOMO-FUNCIONALES A NIVEL PERIFERICO.

Todas las funciones del organismo están regidas por la corteza cerebral. Las fibras que parten de la circunvolución frontal ascendente se entrecruzan a nivel del cuerpo calloso, descendiendo hasta los núcleos ambíguos, hipogloso, trigémino y facial. De ellos parten los nervios hacia la musculatura de los órganos periféricos que integran el aparato fonarticular. Otras porciones, como bulbo raquídeo y la protuberancia, ejercen función reguladora y coordinadora del mismo.

Existe, por lo tanto, un centro motor del analizador verbal, responsable de la pronunciación del lenguaje a nivel cortical cuya función es analizar y sintetizar los impulsos que constantemente se generan en el acto de hablar. Existe, además, un conjunto de órganos efectores periféricos, responsables de la fonación y articulación, conocido con el nombre de aparato fonarticular.

Para comprender mejor sus estructuras y ubicar en forma más precisa las anomalías que se registran en la producción de la palabra o mecánica del habla, consideremos el aparato fonar

articulador constituido por cuatro secciones:

- 1o) El fuelle aéreo. Lo constituyen los pulmones, la caja - torácica, los bronquios y la tráquea, los cuales son responsables de la función respiratoria.
- 2o) El realizador vocal. Ejecuta la función productora y efectora de la voz, mediante los órganos que la constituyen. la laringe y la musculatura del cuello.
- 3o) El sistema resonancial. Lo integran las cavidades infraglóticas y supraglóticas que actúan como elementos modificadores del sonido laríngeo.
- 4o. El sistema articulador. Formado por los labios, los dientes, el paladar, el velo del paladar, las mejillas y la lengua; órganos productores y efectores de la palabra articulada.

Todos estos órganos, además de cumplir con funciones vegetativas propias, son órganos fonético-articuladores importantes por lo que, cualquier alteración anatómica o funcional que en ellos exista, conlleva un trastorno en la mecánica del habla, afectando su integridad.

Tanto el acto respiratorio como los órganos generadores del sonido laríngeo y los órganos modificadores y articuladores del sonido, pueden sufrir alteraciones por anomalías diversas; de manera que, los trastornos del lenguaje verbal, son el resultado del funcionamiento defectuoso de uno, varios, o todos los

órganos responsables de la fonoarticulación. Sin restar importancia a las alteraciones de la voz puesto que, la fonación y articulación no pueden desligarse en el acto motor del habla, en la exposición del presente Capítulo se incluirán solamente los problemas derivados de alteraciones anatómicas o inadecuación funcional de los órganos que integran el sistema articulador y resonancial. El aspecto de la voz íntimamente relacionada con el lenguaje oral, merece un estudio especial amplio desde el punto de vista foniátrico.

Los diferentes cuadros clínicos se detallan a continuación:

1.- FISURAS LABIALES Y PALATINAS.

La fisura del labio y del paladar es uno de los tantos defectos estructurales que directamente afectan la comunicación verbal. La seriedad del problema deriva de sus implicaciones físicas y psíquicas tanto a nivel individual como en relación a su núcleo familiar y lingüístico. Precisamente, con relación a este último punto, cabe afirmar que es uno de los problemas que afectan la calidad de la producción verbal, tanto en sus manifestaciones articulatorias como fónicas. La situación del niño fisurado, por lo tanto, se considera como un triple problema: físico, funcional y psicológico.

Es más de una vez ha llamado nuestra atención la presencia de un niño que presenta defectos físicos en su rostro, por sus -

labios seccionados, o en el mejor de los casos, hemos podido observar, la huella de un labio reparado. De igual manera, es observable un habla defectuosa, salud precaria, desajustes emocionales y, en muchos casos, audición disminuida como condición agravante del lenguaje.

Básicamente, los niños afectados por fisuras sufren como criaturas físicamente defectuosas y por sus dificultades y características especiales en su comunicación verbal. Tal es en líneas generales, el cuadro del niño fisurado.

a) Fisuras Labiales

Características Anatómicas:

Se trata de una anomalía del desarrollo físico que se manifiesta por una sección unilateral o bilateral de labio superior, ya que, según afirman diferentes autores, la fisura del labio inferior se da muy raramente. El problema es conocido también como "labio hendido", "labio leporino" u "hocico de liebre".

En su forma más simple la fisura afecta únicamente la masa muscular labial en su forma más completa, se extiende desde el borde inferior de la aleta de la nariz, lateralmente sobre el labio superior y a través de la apófisis alveolar superior hasta la región del conducto incisivo anterior. Es decir que, además de afectar la masa muscular, se ven afectadas las partes óseas

En casos de fisuras labiales bilaterales, es común observar un crecimiento en exceso del tejido entre ambas fisuras, o por el contrario, puede darse una falta de desarrollo de tales tejidos. En este último caso, suele registrarse la formación de una tercera incisión que es denominada fisura mediana del labio superior.

Excepcionalmente, puede presentarse el caso de fisura facial oblicua que se inicia en el labio superior, pudiéndose continuar a través de la ventana de la nariz o lateralmente a ésta, sobre la mejilla hasta el ojo.

Los orígenes de las formaciones defectuosas o malformaciones anatómicas se ubican en el período embrionario.

Durante la etapa embrionaria, alrededor de la quinta semana de embarazo, se dan los procesos faciales de crecimiento: los nasolaterales y nasomedianos. Los primeros forman el ala de la nariz y los segundos originan la parte media de la misma, el labio y el maxilar superiores y el paladar primario. En forma simultánea, se da un crecimiento de las regiones maxilares a nivel interno que desplaza el crecimiento anterior, hacia la línea media.

El crecimiento nasomediano y nasolateral y el crecimiento de los procesos maxilares, dan lugar a la formación del labio superior.

La fisura labial se explica por una fusión incompleta de sus tejidos constitutivos, es decir, por un cierre incompleto de la protuberancia nasal media con los procesos nasolaterales y la prolongación del maxilar.

Algunos autores afirman que es posible que haya fusión del tejido epitelial, en los casos de fisura del labio, pero que no siendo dicho tejido perforado por el mesodermo, la unión se rompe.

En cuanto al origen de la fisura facial oblícua, se señala que puede deberse a lesiones traumáticas en la cara del embrión. Una adherencia del amnios en la cara, puede originar desgarres o heridas que tienen relación variable con el conducto nasolagrimal. También se ha tratado de explicar el problema aduciendo dificultades de fusión de los procesos maxilares con los nasolaterales; pero a pesar de las diversas opiniones, no parece haber un criterio unificado al respecto.

b) Fisuras Palatinas

Características Anatómicas.

La fisura del paladar, conocida también como "Defecto de Sappey", puede presentarse unida o no a la fisura labial. En caso de no presentar este último componente, a simple vista y externamente, el niño no presenta defecto físico.

Las fisuras palatinas tanto como las fisuras labiales...

presentarse en forma unilateral o bilateralmente, tomando todo el paladar óseo y blando o con un alcance mayor, afectando la úvula y el velo del paladar.

En algunos casos la úvula, incluso, puede faltar o presentarse bifurcada; y en cuanto al velo palatino, éste puede encontrarse corto o insuficiente.

La fisura palatina se debe al cierre incompleto de las placas palatinas con el borde inferior del tabique nasal. Cuando el defecto es unilateral, significa que una de las placas ha alcanzado la fusión del borde inferior del tabique. En tal caso, solamente una de las cavidades nasales resulta separada.

c) Recurrencias del fenómeno y diferencias en cuanto al sexo.

Varios autores coinciden al señalar la frecuencia con que se presentan las fisuras labiales, considerándose una proporción de uno por cada mil nacimientos, siendo ésta, mayor que la frecuencia observada en las fisuras palatinas que indican uno por cada dos mil quinientos nacimientos.

Las observaciones demuestran que existen diferencias en cuanto al sexo, lo cual se expresa de la siguiente manera:

- Las fisuras labiales se registran con mayor frecuencia en varones que en hembras.

- Las fisuras palatinas ocurren con mayor frecuencia en -
hembras que en varones.

d) Factores Etiológicos.

Factores Heredofamiliares.

Se adjudica valor etiológico al factor genético en el apa-
recimiento del problema de fisuras. Observaciones y experien-
cias al respecto llevan a afirmar que los miembros de una fa-
milia pueden presentar fisura del labio o, en su defecto, u-
na fístula del labio inferior. Esto hace pensar que la ocu-
rrencia de este tipo de defectos es debida a causas simila-
res (1).

Lagman (2) afirma, en relación a la fisura labial, que "está
comprobado que si los padres son normales y han tenido un hi-
jo con labio leporino, la probabilidad de que lo presente el
niño siguiente es de 4 por 100. Si hay dos hermanos con labio
leporino, el peligro para el tercero aumenta a 9 por 100; sin
embargo, cuando uno de los padres presenta labio leporino y -
este defecto aparece en un hijo, la probabilidad de que el si-
guiente niño tenga la anomalía se eleva a 17 por 100".

(1) Orban, B. "Histología y Embriología Bucodental"
Edit. Labor, S.A., Argentina 1957.

(2) Lagman, J. "Embriología Médica". Edit. Latinoamericana,
2a. Edición, 1969.

- 78 -

En cuanto a las fisuras palatinas, el mismo autor señala:
"Si los padres son normales y un hijo tiene paladar hendido, la posibilidad de que el siguiente lo padezca es de 2 por 100 aproximadamente; sin embargo, si una familia presenta paladar hendido o si lo sufre un progenitor y un niño, la probabilidad aumenta a 7 por 100 y a 15 por 100 respectivamente.

W. Johnson (3) señala que aproximadamente un 80% de recién nacidos, afectados del problema de fisura, pertenecen a familias en las cuales no se ha registrado otros casos. Solo en un 20% hay registros de parientes con la anomalía. Afirma que, por lo tanto, es muy poca la posibilidad de que un padre con paladar hendido tenga un hijo con tal característica. En todo caso, y en alguna medida, la herencia cuenta como factor etiológico.

Factores Cromosómicos.

Como ya es conocido, la célula somática humana normal posee 46 cromosomas, si en el proceso de apareamiento se ubica un cromosoma adicional, en lugar del par esperado, es decir, si en vez de dos se agrupan tres cromosomas, ocurren las llamadas trisomías.

(3) Johnson, W. "Problemas del Habla Infantil". Edit. Kapeluz, Buenos Aires, 1a. Edic. 236 P. 1967.

Se conoce que pueden darse cuatro trisomías; de ellas, la llamada Trisomía 13-15 puede dar lugar, entre otros, al paladar y labio hendidos (4).

Agentes Infecciosos.

"Son causa probable del problema de labio y paladar hendido, además de la avitaminosis, los procesos virales sufridos por la madre en los tres primeros meses de embarazo"(5).

Efectos de la Radiación.

Muchos son los defectos estructurales producidos por administración de Rayos X o Radio a embarazadas, y en grandes dosis. Una de ellas es el paladar hendido. El carácter del problema depende de la dosis administrada y del período de embarazo, al momento de su aplicación.

Factores Hormonales.

Experimentos de laboratorio utilizando cortisona inyectada en ratones y conejos, y en determinados períodos de preñez, han dado como resultado un incremento en la frecuencia de paladar hendido en los descendientes. A nivel humano, no parece haber pruebas consistentes que responsabilicen la ac--

(4) Lagman, J. Op. Cit. pág. 83

(5) Tarasco, S. Curso sobre Terapia del Lenguaje. Orientación Infantil para Rehabilitación Audiológica A.C. México, D.F. 1967. Apun-

ción de la cortisona, por cuanto en experiencias con madres, a las que se les ha administrado esta hormona durante el embarazo, se han obtenido productos normales en todos los casos.

Muchos otros experimentos han sido efectuados con ratas, tales como la administración de dosis elevadas de vitamina "A". De igual manera, han sido sometidos a carencia de ácido pteroilglutánico, provocándose el defecto en porcentajes altos, pero aun así, no se considera que haya pruebas suficientes - que indiquen que estos factores puedan ser realmente responsables del defecto.

e) Características del habla en el niño con labio y paladar hendido.

Las características del habla y la seriedad de la perturbación, en el niño con labio y paladar hendido, dependen del - cuadro anatómico-clínico que presente tal problema es en general fono-articulatorio puesto que, además de los órganos de la articulación, está interesado el sistema resonancial.

La reparación de las estructuras que al momento del nacimiento presenta la anomalía, es un llamado urgente al cirujano - especialista. Cuanto más temprano pueda hacerse la intervención quirúrgica es tanto mejor, porque con ello pueden plantearse mayores posibilidades de regulación de las funciones vegetativas y de reeducación del habla.

Por lo general, en el habla del niño fisurado se observan, entre otras, las siguientes alteraciones:

- Timbre de voz predominantemente nasal. Da la impresión de que el niño habla con la nariz. Hay exceso de resonancia nasal, debido al paso de mucho aire hacia las cavidades nasales, (Hiper-Rinolalia).
- Sustitución de fonemas oclusivos, cuya pronunciación necesita presión bucal del aire, por un resoplido o golpe nasal, especialmente en casos de fisura palatina.
- Dificultad marcada en fonemas oclusivos labiales, o en vocales que precisan de aproximación labial frontal: en casos de fisura labial.
- Torpeza en los movimientos articulatorios, pronunciación defectuosa en general, la cual es determinada por:
 - El mayor o menor compromiso de las estructuras anatómicas que ocasionan dislalias.
 - Dificultades de implantación de hábitos alimenticios - adecuados, que en el niño sientan bases motoras en el desarrollo posterior del habla.
 - Dificultades en el desarrollo del prelenguaje en condiciones normales, anulando las posibilidades de adquisición normal del habla.

2. OTROS PROBLEMAS ESTRUCTURALES QUE DETERMINAN LA ARTICULACION DEFECTUOSA.

a) Retrognatismo

Es un problema caracterizado por el desplazamiento del maxilar inferior o del mentón hacia atrás que determina una falta de coadaptación de las arcadas dentarias. Consecuentemente, la lengua también se desplaza hacia atrás, lo cual imposibilita la articulación normal, la circulación libre del aire. El problema crea en el niño, la necesidad de efectuar respiración bucal.

b) Prognatismo

Los problemas articulatorios en este caso se derivan del desplazamiento del maxilar superior hacia adelante, que de subica, además los incisivos superiores de su posición normal. Una de las dificultades mayores en este caso, es el contacto de ambos labios, que afecta especialmente los fonemas bilabiales.

c) Defectos estructurales de la lengua.

En la producción de sonidos articulados, la lengua es el órgano más activo. Siendo las condiciones que producen anomalías más frecuentes en el habla, la macroglosia o lengua demasiado grande y la microglosia o lengua demasiado pequeña.

Sánchez, T.C. (6), se refiere al retroceso o caída de la lengua hacia la cavidad faríngea, defecto anatómico que de nomina "glosoptosis".

En este caso, además del compromiso articulatorio, se registra una interferencia al libre paso del aire hacia las cavidades supraglóticas. Aduce como causa responsable del problema, "la falta de desarrollo del maxilar inferior"(7).

d) Insuficiencia Velar

Esta condición se explica por el escaso desarrollo del velo del paladar, el cual al funcionar con movimientos limitados e incompletos, afecta la articulación y produce además voz nasal.

e) Paladar Ojival.

Se manifiesta por alteraciones óseas. El paladar duro o techo de la boca se presenta levantado o con una concavidad muy pronunciada dificultando la articulación de fonemas como l, r.

f) Anomalías de la Sección Resonancial.

Las cavidades por debajo y por encima de la laringe integran

(6) Sánchez, T.C. "Defectos de la Dicción Infantil"
Edit. Kapeluz, 2a. Edic., Buenos Aires
1958.

la sección resonancial: la cavidad bucal, faríngea y nasal. Las modificaciones que sufren estas áreas, con frecuencia afectan la calidad de la articulación. Las obstrucciones na sales, inflamación de cornetas, amígdalas grandes, vegetaciones adenoideas, etc., son en muchos casos determinantes de hiporrinofonía. En tales casos, los fonemas nasales aparecen sustituidos, por ejemplo, el niño pronuncia b por m, d por n.

Otros factores como las fisuras, la insuficiencia velar, la parálisis o perforaciones del velo, las heridas, etc. son responsables de hiperrinofonía (o nasalidad aumentada), que también deforma la integridad de la pronunciación. En estos casos, el timbre nasal caracteriza toda la producción verbal.

3. D I S L A L I A S .

De la nitidez con que se pronuncian los diferentes sonidos del habla, depende en gran parte, su inteligibilidad.

En el niño, el proceso de adquisición de habilidades para producir los sonidos del idioma no se ajusta a un patrón fonético rígido pero, en la generalidad de los niños se da una tendencia a seguir ciertas pautas comunes. Es observable por lo tanto, que los niños aprendan inicialmente el dominio de los sonidos o fonemas labiales, (p.b.m.) que se dan con intensa práctica en el balbuceo inicial.

El incremento de sonidos, indistintos o definidos que poco a poco van registrándose en el torrente lingüístico primario del niño, le ofrecen la posibilidad de dominar otros: los dentales, alveolares y velares, cuya práctica constante dentro del prelenguaje, le permite conquistar la producción de sonidos de mayor complejidad: s, r, ll, por ejemplo.

Las características antes mencionados en el dominio articulatorio, son atribuibles al niño en condiciones bio-psicológicas y sociales normales, sin complicaciones que directa o indirectamente afecten su producción verbal.

Han sido ya señaladas las partes constitutivas del aparato fonarticulador, cuyas estructuras responden de la pronunciación. Son ellas las que en forma activa (labios, lengua, velo del paladar), o en forma pasiva (paladar duro, protuberancia alveolar, dientes superiores), intervienen directamente en la articulación de la palabra.

Una categoría de alteraciones en la pronunciación, bastante definida, es la conocida bajo la denominación de dislalias.

Las dislalias son problemas característicos de alteraciones funcionales o estructurales del aparato fonarticulador. Precisamente se definen como trastornos anatómicos o funcionales que se manifiestan por una dificultad articulatoria de los sonidos o fonemas, dando lugar a una pronunciación inexacta

ta y deficiente. Por consiguiente, parte de la sintomatología de casi todos los cuadros de trastornos del lenguaje verbal, pues son observables en hipoacúsicos, retardados mentales, afásicos, etc. .

Por regla general, las dislalias se manifiestan en el niño mediante omisiones, sustituciones y distorsiones del fonema. A continuación caracterizo estos errores frecuentes, ejemplificándolos en relación al fonema r, dislalia frecuente.

Sustitución.

El problema articulatorio es por sustitución cuando el niño reemplaza un fonema por otro. La sustitución puede darse al principio, en medio o al final de la palabra. Es común por ejemplo que el fonema r, el niño lo sustituye por el fonema d: de tal manera que pronuncia "depodtivo" por deportivo, "cado" por carro.

Omisión.

La omisión del fonema es de los defectos más perceptibles en el habla del niño. Se trata de una exclusión o desaparición del sonido dentro de la palabra. Pueden también registrarse al principio, en medio o al final de la palabra. Por ejemplo, el niño pronuncia "cao" por carro, "peo" por perro.

Distorsión.

La distorsión del fonema se percibe cuando el niño pronuncia en forma aproximada o en forma indefinida. Podría considerarse como un sonido incompleto carente de claridad. Por ejemplo, es común que el niño distorsione el sonido r, que es alveolar, vibrante simple o múltiple y sonoro, tal como funciona en nuestro idioma, y lo produzca con característica velar vibrante o r francesa.

Además de las dislalias, el niño con frecuencia incurre en otros errores:

En traslaciones o tendencia del niño a cambiar el orden natural de los sonidos, en el contexto de la palabra. El niño pronuncia "Grabiél" por Gabriel, "estuatua" por estatua, - "probe" por pobre.

En inserciones o sonidos ajenos a la palabra pero que el niño agrega. Ejemplo "felefante" por elefante, "ngusano" por gusano. En algunos casos, por descuido o carencia de fluidez, el niño inserta vocales en combinaciones de consonantes, así "terés" por tres, "palancha" por plancha.

Las diversas manifestaciones de las dislalias, así como las traslaciones e inserciones, son características del período de implantación del lenguaje del niño. Con este criterio, las dislalias propias del período del lenguaje infantil han sido

llamadas "fisiológicas" y por lo cual, no deben constituir motivo de preocupación. A medida que el niño se familiariza con los diferentes sonidos articulados, concretará su atención en detalles y corregirá por sí mismo en base a los patrones correctos que los adultos le ofrecen a diario.

Solo cuando los errores se registren más allá de la etapa madurativa antes mencionada, deberán ser considerados como verdaderas dislalias o anomalías que ameritan la intervención del especialista terapeuta del lenguaje.

a) Origenes y causas.

Como ya se anotó, algunas alteraciones anatómicas son causas frecuentes de las dislalias, pero también lo son las alteraciones o incapacidad funcional. Ejemplo de ellas son las originadas por parálisis, semi-parálisis o dificultades motrices de los órganos activos encargados de la pronunciación debido a lesiones nerviosas periféricas. Dentro de este grupo, de naturaleza funcional ubicuo, además, las dislalias que manifiesta el niño simplemente por hábitos inadecuados en el habla.

Factores que las determinan:

Factores Anatómicos por alteración de estructuras.

- Fisuras Labiales
- Fisuras Palatinas

- Fisura Velar
- Fisura Submucosa
- Diastemias
- Alteraciones o mala implantación dentaria
- Paladar Ojival
- Implantación defectuosa de maxilares
- Defectos anatómicos de la lengua
- Insuficiencia velar.

Factores funcionales o defectos por incapacidad funcional.

- Parálisis facial
- Dificultades motrices de los órganos activos por lesiones nerviosas periféricas.
- Semi-parálisis o parálisis del velo
- Hábitos inadecuados en la mecánica del habla.

b) Clasificación

Según el fonema afectado, las dislalias reciben su denominación tomada del Alfabeto Griego, según corresponda al sonido:

Sigmatismo	·	Dificult. en la artic. del fon. S
Lambdacismo	·	" " " " " " L
Rotacismo	:	" " " " " " R
Deltacismo	·	" " " " " " D
Gammacismo	:	" " " " " " G

Por el número de fonemas afectados :

- Simples · Cuando la dificultad se limita a un fonema
- Múltiples · Cuando la dificultad afecta más de un fonema.
- Hotentotismo : Cuando debido a las múltiples dislalias la pronunciación es ininteligible (lenguaje hotentote).

Por su origen : Congénitas
 Adquiridas

Según su causa : Orgánicas
 Funcionales

Según el área articulatoria afectada:
Dentales
Linguales
Velares
Palatinas
Nasales.

CAPITULO III

ALTERACIONES DEL LENGUAJE DE ORIGEN NEUROLOGICO.

Dentro de la patología de la comunicación verbal, los problemas del lenguaje del niño que se derivan de alteraciones neurológicas, significan una categoría que cada vez, ha ido creando mayor interés y preocupación en los especialistas, por las dificultades de diagnóstico y pronóstico que ofrecen y dadas las implicaciones que comunmente presentan.

El cerebro es una extensa red de conexiones por lo que un problema del lenguaje, derivado de una alteración neurológica central puede estar asociado a otro tipo de trastornos. Una lesión cerebral, por ejemplo, además de afectar una o más funciones del lenguaje, puede presentarse asociada a problemas motores, deficiencia mental, o bien a su vez puede interesar, otras funciones psíquicas superiores como la memoria, la percepción, la atención, etc..

La dificultad para establecer el verdadero alcance de los daños o lesiones cerebrales, con relación a su naturaleza y extensión, es evidente. Los diferentes cuadros clínicos se estudian, más que todo con base en su sintomatología. Y aún más, en los casos de problemas adquiridos en la infancia, se agrega la dificultad de poder establecer comparaciones de la con-

ducta del lenguaje, antes y después del aparecimiento del - problema. Este inconveniente surge de la inexactitud de los datos que se registran mediante la anamnesis, situación que, unida a las anteriores consideraciones, interfiere en la formulación de diagnósticos y pronósticos exactos en la mayoría de los casos.

10. A F A S I A S

La afasia es un trastorno del lenguaje, de origen neurológico central por cuanto se deriva de lesiones o alteraciones cerebrales, que afectan básicamente las funciones de comprensión o expresión del lenguaje, o bien, las funciones asociativas - entre recepción y expresión.

El problema se define como "incapacidad total o parcial para atender o usar el lenguaje, en alguna o en todas las formas, siendo dicha incapacidad independiente de cualquier otra capacidad mental, deformidades o enfermedades que afecten los órganos de la articulación.(8)

Michaux (9) considera que no puede hablarse de afasia cuando -

(8) Mc Ginnis M. " Niños Afásicos". Acta Audiológica y Fo
niátrica Hispanoamericana, Vol. VI Ene
ro-Abril 1964, Trad. P. Berruecos y O-
tros. México, D.F. .

(9) Michaux L. " Psiquiatría Infantil". Edit. Miracle -
S.A.. 2a. Edic. Barcelona, España 1965.

no se cuenta con la integridad, al menos relativa, de una parte de los aparatos sensoriales y fonoarticuladores, así como la integridad del psiquismo superior.

De acuerdo con la función del lenguaje, que en cada caso resulta afectada, consideraremos tres cuadros definidos: -) Afasia motriz o expresiva, -) Afasia sensorial o receptiva y -) Afasia mixta. Las dos primeras reciben su denominación no partiendo de que la recepción o la expresión, se presente afectada en forma única e íntegra, sino de la función que preponderantemente resulta afectada, ya que los casos puros se registran muy poco.

a) Afasia Sensorial.

De acuerdo con los diferentes autores se denomina afasia sensorial, afasia de Wernicke, afasia de comprensión, afasia impresiva o sordera verbal.

Originalmente, el problema fue descrito por Wernicke. Su característica común es la dificultad en la comprensión del lenguaje, sin que ello signifique alteración en el mecanismo auditivo a nivel periférico.

El niño manifiesta incapacidad para comprender el significado del lenguaje que escucha. En lo referente al nivel intelectual, trastornos de la conducta, pérdida auditiva y otros problemas asociados, las características varían de un caso a otro.

Entre las características de los cuadros de afasia predominantemente sensorial, se citan las siguientes: audición normal - o relativamente normal, nivel intelectual normal, dificultad total o parcial para asociar nombres con los objetos, evocación pobre con relación a nombres que el niño ha aprendido a repetir y dificultad para interpretar o usar el lenguaje ambiental.

Mc Ginnis (10), considera, además algunas formas de conducta verbal observables en los niños con afasia sensorial, las cuales ubica en cuatro categorías

- 1a. Categoría : Uso de jergafasia o "lenguaje en garabatos". Producción verbal ininteligible.
- 2a. Categoría · Uso de jergafasia intercalada con palabras y frases intelegibles como respuesta a preguntas directas o cualquier situación de lenguaje.
- 3a. Categoría · Repetición de palabras sin asociarlas con su significado.
- 4a. Categoría . Vocalizaciones con frecuencia reducida.

El niño con afasia sensorial a veces presenta déficit auditivo -

(10) Mc. Ginnis M. Opus Cit. pág. 50

asociado. La confusión, en estos casos del cuadro de afasia y sordera, es común; sobre todo, si los datos que aporta el registro audiométrico del niño no son precisos, debido a las respuestas inconsistentes que el mismo niño ofrece. En otros casos, si puede determinarse una deficiencia auditiva agregada al cuadro afásico, la que en caso de ser leve, no puede considerarse responsable de la ausencia o dificultades del lenguaje.

Una observación sistemática puede orientar y ayudar a definir el caso. Los niños afásicos, con capacidad auditiva normal, logran la imitación de voces y ruidos ambientales, la inflexión vocálica, la imitación de palabras, la acentuación y otras características, pero a pesar de ello, demuestran incapacidad para interpretar y usar el lenguaje común.

b) Afasia Motríz.

Se denomina también afasia expresiva o de Broca y se refiere a la alteración del lenguaje, en su aspecto motor. El niño manifiesta incapacidad para imitar o producir palabras o fonemas. La capacidad de expresar palabras está bloqueada o disminuida.

Un niño con afasia motríz puede poseer muchas experiencias o contenidos que conoce, pero carece de la capacidad para expresarlas.

Puede existir alguna capacidad de vocalización o balbuceo, - pero además, es observable en estos niños el empleo de jerga o patrones de lenguaje en forma perseverante: el niño puede mantenerse produciendo sonidos indistintos; o bien, puede usarlos solo cuando necesita comunicarse. Por otra parte, muchos niños con afasia motríz, acusan limitaciones para memorizar la secuencia de palabras dentro de una oración o la secuencia de sonidos dentro de una palabra.

Sin excluir la posibilidad de que en el niño exista déficit intelectual, asociado a la afasia motríz, por lo general, el nivel intelectual puede encontrarse dentro de límites normales, igual que el nivel auditivo.

c) Afasia Mixta.

Se caracteriza por presentar afectado en igual grado tanto la comprensión como la elocución. Parece ser el tipo de trastorno que acusa mayor frecuencia.

En su forma más grave, puede existir comprensión solamente en lo que se refiere a palabras, órdenes y expresiones; mientras éstas se relacionan con necesidades e intereses inmediatos del niño. La expresión puede estar reducida a vocalización, sílabas o palabras simples, con tendencia a la ecolalia y formas lingüísticas perseverantes.

En sus formas leves, el problema puede reducirse a la compren-

sión de órdenes, expresiones y lenguaje complejo. Aunque puede mantenerse la expresión verbal, se dan con frecuencia problemas de ecolalia, dislalias anomas y perífrasis.

Además de las tres formas de afasia ya consideradas, se describe en forma específica la llamada afasia amnésica, afasia nominal o anomia, que significa dificultad para evocar nombres referidos a objetos, personas o situaciones. Especialmente, la afasia amnésica, se refiere a la incapacidad de evocar cosas concretas: el niño olvida los nombres de los objetos.

Afirma Sluchewski (11) que es un problema debido a lesiones focales del cerebro. Otros autores ubican el origen de la afasia amnésica en lesiones difusas o interrupción de asociaciones en las áreas temporales o frontales.

En todo caso, la afasia amnésica más puede considerarse como parte de la sintomatología de los cuadros afásicos que ya han sido considerados, que como un cuadro en sí. En una categoría similar, cabe ubicar la amusia o dificultad en el reconocimiento y evocación de elementos musicales, y la acalculia o dificultad en el manejo de los números. Problemas un tanto más definidos son la alexia y la agrafia que no son tratados en el presente estudio por referirse al lenguaje gráfico.

(11) Sluchewski -I.F. "Psiquiatría". 2a. Edic. Edit. Grijalbo-S.A., México, D.F. 1963.

d) Implicación de otros procesos psíquicos en los cuadros afásicos.

Inteligencia.

En el niño afásico, la inteligencia puede registrarse dentro de límites normales o sub-normales. Los resultados de las observaciones y exámenes psicológicos pueden arrojar una disminución que, generalmente, está condicionada a las anomalías verbales motoras y perceptivas.

Atención.

Es frecuente la distractibilidad, así como las limitaciones - respecto a la atención voluntaria. En otros casos, puede darse un aparente exceso de atención sobre un estímulo dado pero en forma perseverante.

Memoria.

La característica importante que se señala es la variabilidad temporal: el niño puede a veces lograr la fijación de un estímulo, y puede en otras no lograrlo.

Aprendizaje.

Las dificultades y limitaciones que pueden registrarse en esta área, se derivan más que todo de la perturbación de procesos - básicos psíquicos, tales como la atención y la memoria .

Proceso del Pensamiento.

El concepto es el punto de partida del pensamiento y se expresa mediante la palabra. Las variadas experiencias originan en el niño los conceptos que son la resultante de la percepción y el lenguaje. Si estos dos procesos están perturbados en el niño con afasia, consecuentemente, la conceptualización está afectada no solo a nivel simple y concreto, sino también a nivel abstracto.

e) Etiología.

Las afasias son alteraciones neurológicas del lenguaje, por causas orgánicas y de origen congénito o adquirido. Las lesiones o daños cerebrales en zonas relacionadas con el lenguaje, producen interferencias en la función.

Como causas orgánicas responsables se registran las siguientes: reblandecimiento del tejido cerebral, hematomas craneales, hemorragias, tumores, abscesos, desprendimiento del tejido cerebral, procesos degenerativos o neoplásicos del tejido cerebral.

Todas estas situaciones son el resultado de diferentes agentes, que actúan en los períodos pre-natal, natal, post-natal y primeros años infantiles: traumatismos cerebro-craneales, caídas, procesos virales, anoxia, prematurez, condiciones anormales del parto, agentes mecánicos de extracción, eritroblas-

tosís fetal, procesos infecciosos (meningitis, encefalitis, etc.).

Las lesiones del tejido cerebral en los niños que aún no han desarrollado sus primeras palabras o que aún no han adquirido en su totalidad la función del lenguaje, producen generalmente no una pérdida parcial como la que sufren los niños de más de edad, sino una pérdida completa de la función lingüística. En estos casos se hace necesario que el niño nuevamente se inicie en el aprendizaje de primeros sonidos y palabras.

En cuanto a la localización de las lesiones, no existen zonas perfectamente delimitadas, como responsables del lenguaje, por ello se señala el funcionamiento de centros de asociación a nivel cortical (área de Broca y área de Wernicke). El lenguaje es por lo tanto el producto de una integración de funciones.

Morgan (12) afirma: "los que tienen dificultad en la comprensión de las palabras y en aquellos aspectos del lenguaje que dependen de las vías auditivas, propenden a tenerlas en la corteza temporo-parietal. Sin embargo, la localización nunca es muy definida".

En cuanto a las dificultades que implican trastornos en el aspecto motor verbal o actos del lenguaje, el mismo autor seña-

(12) Morgan C.T. "Psicología Fisiológica". 3a. Edic., Ediciones Castillo, S.A., Madrid 1968.

la que aunque existen excepciones, las lesiones en dichos ca sos suelen localizarse en los lóbulos frontales.

Con relación al niño, es importante mencionar las teorías de Mingazzini, quien según Merani (13) sostiene que, "hasta cier to período de la infancia, las regiones derecha e izquierda - funcionan con igual eficiencia y que, hasta transcurrido cier to tiempo, las áreas que corresponden al lenguaje adquieren - su asiento en el hemisferio izquierdo".

Este aspecto ofrece importancia para una mejor comprensión de la sintomatología y pronóstico en el niño, lo cual explica, - en gran medida, porqué las alteraciones del lenguaje en el a- dulto, en casos similares, difieren del cuadro de lenguaje - que presenta el niño. Cabe entonces la posibilidad de formu- lar un pronóstico más favorable para las alteraciones en pe- ríodos tempranos del lenguaje infantil.

2o. OTRAS ALTERACIONES NEUROLOGICAS

Aparte de las afasias, existen otras alteraciones de orden - neurológico relativas a la producción verbal, tales son las agnosias, las apraxias y las disartrias.

Las agnosias derivan su nombre del griego "gnosis", que sig-

(13) Merani, A.L. " Psicología Genética". 1a. Edic. Edit. Grijalbo, S.A., México D.F. 1962.

nifica conocimiento. Gnosis es una facultad perceptiva que permite reconocer los diferentes estímulos que impresionan nuestros sentidos y permiten, además, el reconocimiento de sensaciones propioceptivas (de nuestro cuerpo, posición, movimientos, etc.).

Cuando existe una pérdida de la función de reconocimiento de los estímulos sensoriales, se tiene un problema de agnosia. Este problema recibe acepciones varias; se le llama también asimbolia o impercepción, la cual se define como una incapacidad para elaborar o configurar las sensaciones que impresionan los sentidos, para la elaboración de conceptos. Normalmente, por ejemplo, vemos un carro y de inmediato reconocemos el objeto, sus características y su uso. Si la facultad de reconocimiento de un carro como objeto, está bloqueada, el problema se define como agnosia.

De acuerdo a la función afectada se reconocen varios tipos de agnosias siendo las visuales, auditivas y táctiles, las que comúnmente forman parte de los distintos casos clínicos. Específicamente, la agnosia auditiva es la que se encuentra con mayor frecuencia en los niños afásicos.

Si la agnosia auditiva es la falta de reconocimiento de ruidos o sonidos del lenguaje, el procedimiento diagnóstico tiene que contemplar un análisis cualitativo de la senso-percepción auditiva y la comprensión verbal. Otro tipo de trastornos neu

rológicos se manifiestan por síntomas apráxicos.

Las apraxias son alteraciones motoras ajenas a cualquier parálisis. Se les puede definir como trastornos caracterizados por la dificultad para usar o efectuar movimientos voluntarios e intencionales. Es una imposibilidad para realizar actos motores que incluye en algunos casos la alteración de la memoria de los movimientos. Así por ejemplo un niño apráxico puede tener dificultades para desabrochar y abrir su bolsón, aún cuando sea una actividad que la ha efectuado con anterioridad en forma repetitiva.

Se señala cuatro tipos de apraxia: inervatoria, ideokinética, ideativa o ideacional y constructiva.

La apraxia inervatoria se caracteriza por movimientos ejecutados en forma lenta y torpe, y por la dificultad de efectuar movimientos complejos, el niño puede tener dificultad para realizar movimientos aislados, tal es el caso de apraxia ideokinética. En la apraxia ideativa, el niño confunde las relaciones espaciales y temporales de ocurrencia de un movimiento. - No hay un concepto del movimiento como un todo.

La apraxia constructiva significa un problema en la ejecución. El niño presenta dificultades en la construcción o reproducción de determinados esquemas; construcción con bloques, con palitos, etc.

Desde el punto de vista del lenguaje interesan las tres primeras formas; el hecho de presentarse en los niños afásicos significa mayores problemas en la enseñanza. Esto explica - porqué muchos niños manifiestan dificultad para efectuar los diferentes movimientos articulatorios, posiciones de los labios, de la lengua; bien sea para imitar movimientos aislados o para reproducir secuencia de movimientos necesarios en la producción lingüística.

Se incluye además, dentro de las dificultades para efectuar - actos motores del lenguaje, el problema de la disartria. Este es un trastorno caracterizado por la dificultad de producir - movimientos musculares articulatorios, rítmicos y coordinados. Se trata de un defecto de la articulación que determina una pronunciación defectuosa con alteraciones en el ritmo, a la que directamente se ve afectado el factor expresivo del lenguaje.

Desde el punto de vista clínico, en las alteraciones del sistema estriado, porción que tiene mucha responsabilidad motora, se da la alteración de la articulación verbal, identificada como disartria con manifestaciones a nivel de la palabra y de la voz. La disartria en todo caso, es un cuadro definido que puede darse asociado a los cuadros de sordera, afasia u otros problemas relativos a la comunicación verbal.

CAPITULO IV

PROBLEMAS DEL LENGUAJE POR DEFICIT AUDITIVO.

La audición es la vía natural de acceso para la adquisición del lenguaje oral.

El niño sordo no habla porque no oye, debido a la falta de integridad anatomo-fisiológica de su aparato auditivo.

Un niño oyente normal desarrolla el lenguaje porque lo oye constantemente y porque este acto de escuchar en forma repetitiva, lo estimula para imitar y producir elementos verbales constantemente. Es por la vía de audición que el niño adquiere el habla con sus características de fluidez inflexión y características adecuadas de voz.

En un principio, todo niño normal usa su audición en forma placentera. Esta afirmación se funda en el hecho de que, antes de que un niño de pocos meses de edad pueda ver y observar los objetos, es capaz de disfrutar de una gran variedad de sonidos a su alrededor.

Es así como el niño con audición normal, aprende desde muy temprano a diferenciar los sonidos importantes para él. la voz de la madre, el sonido de los utensilios en la preparación de su alimento, el chinchín, etc. Se inicia con ello, la función au-

ditiya discriminativa.

En etapas posteriores, el niño comienza a establecer asociaciones entre su audición y el lenguaje: al oír el sonido de su propia emisión vocal desarrolla una serie de elementos orales en producción rítmica, rápida y sucesiva. Cuando los padres o el adulto cercano al niño responden a esta conducta inicial del lenguaje, se opera un intercambio de la propia voz del niño con la de los otros, llevándolo a comprender que el sonido oral tiene significado. Gracias a este proceso, gradualmente el niño adquiere la memoria del símbolo sonoro que, finalmente, trata de imitar cada vez en mayor extensión (memoria de frases y oraciones).

El juego auditivo vocal feedback auditivo o fenómeno de retroalimentación auditiva anteriormente descrito, por el hecho de suscitar el auto estímulo, además de la estimulación ambiental, es un proceso esencial en el desarrollo del lenguaje infantil.

Se inicia desde las etapas más elementales del habla partiendo de la conciencia del sonido. Este proceso en la adquisición de experiencias auditivos-vocales del prelenguaje en el niño normal se presenta en el cuadro siguiente: (14)

(14) Curso sobre terapia del Lenguaje. Orientación Infantil para Rehabilitación Audiológica A.C. México D.F. 1967. (Apuntes personales de la autora de este trabajo).

CONDUCTA AUDITIVO - VOCAL	NIVELES DE EDAD.
15. Balbuceo de prelenguaje, pocas palabras. Aproximac.	
14. Imitaciones Audit. - Vocales y Memorización (1, 2 - sílabas).....	15 m.
13. Discriminación de algunas frases en situaciones de rutina.	
12. Imitación Auditivo-Vocal (balbuceo familiar).	
11. Balbuceo complejo (combinación de diferentes sílabas).....	12 m.
10. Atento a entonación; ritmo y balbuceo.	
9. Balbuceo con sílabas sencillas.	
8. Feedback auditivo vocal (experimenta vocales).....	9 m.
7. Atento a la palabra hablada especialmente al tono.	
6. Uso más extenso de vocales.	
5. Feedback auditivo vocal.	
4. Alerta al sonido y a la palabra hablada.	
3. Vocalización limitada.	.
2. Conciente del sonido.....	3 m.
1. Primeros gritos y sonidos.	

El problema de la sordera plantea al niño una serie de limitaciones que interfieren el juego auditivo-vocal en cuanto a ruidos, sonidos del ambiente y estimulación del lenguaje. El niño deficiente auditivo carece del excitante estímulo de escucharse a sí mismo, se ve incapacitado a la vez, para experimentar el intercambio entre sus emisiones orales y las de los demás.

Hasta los seis meses de edad, no existe una diferencia en cuanto al lenguaje entre un niño sordo y un niño oyente. El nivel del lenguaje que hasta esa edad todo niño registra, se reduce a sonidos vocálicos y balbuceos con carácter fisiológico, pero a partir de los seis meses todo niño necesita oír y escuchar el lenguaje para evolucionar en él, sobre dicha base fisiológica común. El niño sordo, ante la imposibilidad de servirse de los sonidos orales, a partir de los seis meses de edad, registra retraso de su lenguaje.

Dependiendo del déficit auditivo que acuse el niño, éste podrá adquirir mediante el contacto familiar, algún lenguaje. En los casos de pérdidas severas, el desarrollo del lenguaje en un niño sordo, solo puede ser posible mediante un plan pedagógico y terapéutico especial que incluya el entrenamiento de su audición residual y su lenguaje. El compromiso del habla resulta en estos casos tan significativo, que, su recuperación precisa de una educación especial prolongada y continuada.

10. FACTORES DETERMINANTES EN EL DESARROLLO DEL HABLA EN EL NIÑO SORDO.

Cuando se detecta el problema de sordera en el niño, de hecho se sabe que ello se manifestará en la ausencia o dificultad del lenguaje.

Mientras muchos niños con déficit en la audición pueden desarrollar un lenguaje que satisfaga sus necesidades inmediatas de comunicación y que, aún con algunas imperfecciones, se aproxime a las pautas normales del habla, otros, pueden solo lograr un nivel mínimo de unas cuantas palabras aisladas e imperfectas en su articulación.

El mayor o menor nivel de lenguaje que un niño sordo puede lograr, está en razón directa de los factores siguientes:

- a) Diagnóstico temprano del problema de sordera.
- b) Grado de pérdida auditiva.
- c) Edad en la cual, el niño inicie su entrenamiento.
- d) Adaptación temprana del aparato auditivo (prótesis auditiva).
- e) Uso adecuado del aparato auditivo.
- f) Problemas que el niño presente agregados a su sordera.
- g) Capacidades propias del niño.
- h) Actitud y colaboración familiar.

De los aspectos precedentes, el grado de pérdida auditiva de-

fine en buena medida el pronóstico de evolución y las características del lenguaje del niño sordo.

a- Grados de Pérdida Auditiva.

La denominación de los diferentes grados de pérdida auditiva difieren de un autor a otro. Una de las clasificaciones más aceptadas actualmente, se presenta en el cuadro siguiente:

CATEGORIA	DENOMINACION	GRADO DE PERDIDA EN DECIBELES.
HIPOACUSIAS	Superficial	de 10 a 30 db.
	Media	" 30 " 60 "
	Profunda	" 60 "100 "
SORDERAS	Sub-Total Profunda	Conserva 2 ó 3 frecuencias no importantes para el lenguaje a 80, 90 ó 100 db. .-
	Total o Anacusia	Ausencia de respuestas a máxima frecuencia del audiómetro.

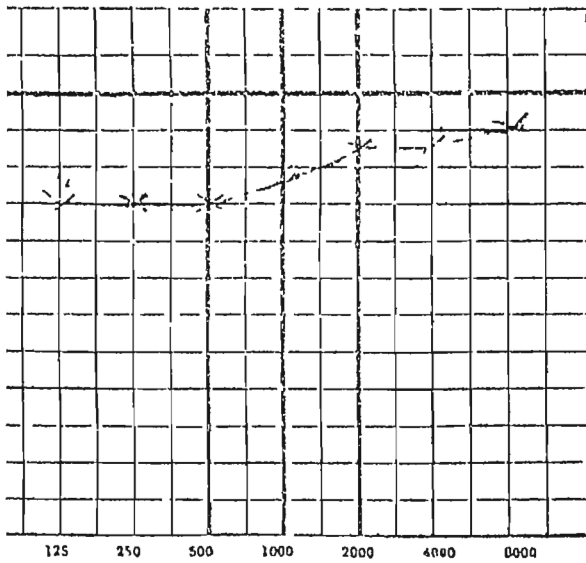
(15) Curso de Terapia del Lenguaje.

Orientación Infantil para Rehabilitación Audiológica A.C. .
OIRA, México, D.F. (Apuntes personales de la autora de este trabajo).

La denominación de hipoacusia y sordera se deriva del número frecuencias audibles al verificar el registro audiométrico.

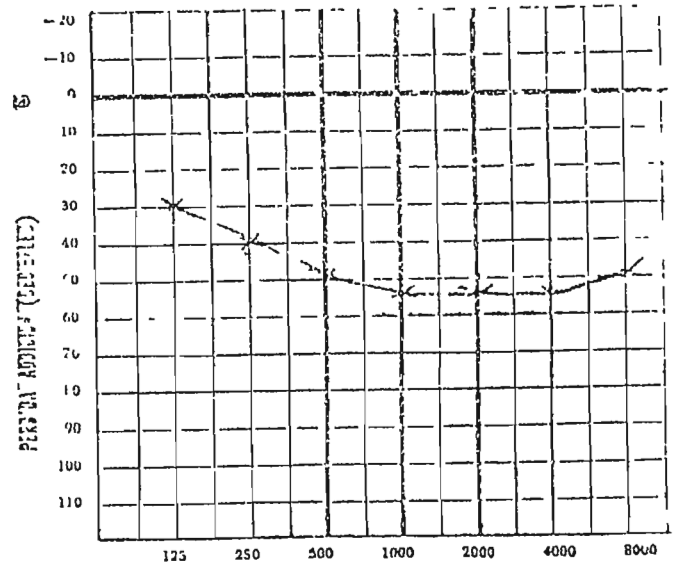
Para una mejor comprensión, lo anterior se ilustra mediante las curvas audiométricas siguientes:

AUDIOGRAMA



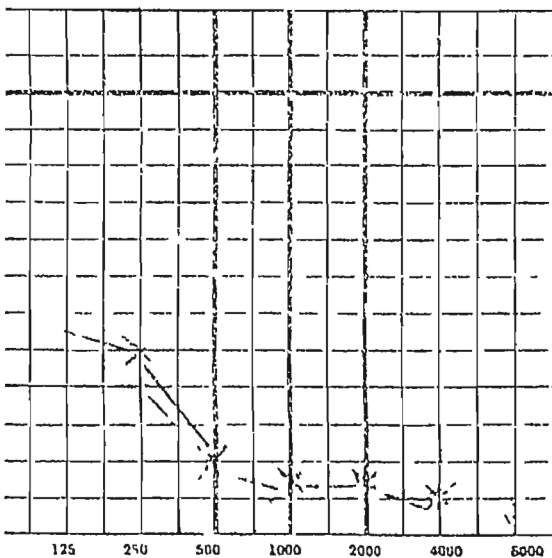
HIPOACUSIA SUPERFICIAL

AUDIOGRAMA



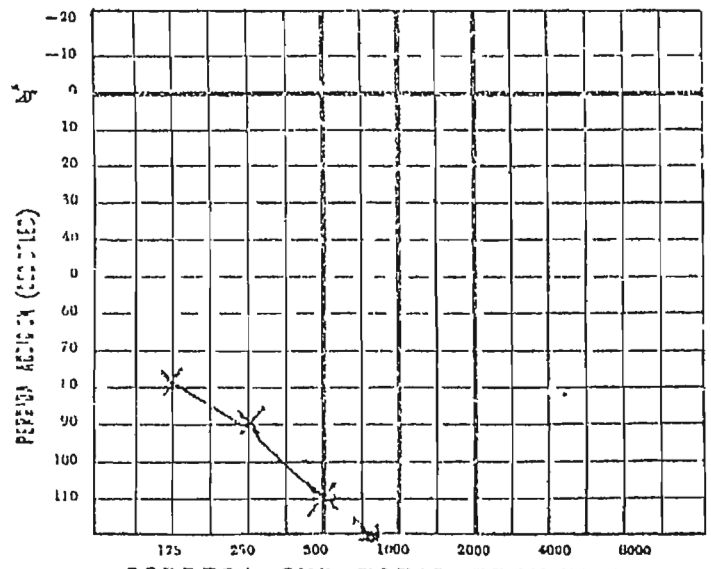
HIPOACUSIA MEDIA

AUDIOGRAMA



HIPOACUSIA PROFUNDA

AUDIOGRAMA



SORDERA SUB-TOTAL PROFUNDA

Cuando el niño registra un umbral de audición correspondiente a los valores establecidos para las hipoacusias, significa que, a determinada intensidad, el niño posee conservadas la mayor parte de frecuencias que pueden ser aprovechables para la adquisición del lenguaje.

Los niños que acusan pérdidas correspondientes a sorderas subtotales, auditivamente están en desventaja para lograr la percepción del lenguaje oral. Se observa en ellos los mayores defectos fonarticulatorios y, una mayor tendencia a la gesticulación y mímica como forma de expresión complementaria de la producción verbal limitada que posee.

2o. CARACTERISTICAS DEL LENGUAJE EN RELACION A LOS DIFERENTES GRADOS DE PERDIDA AUDITIVA.

a) Hipoacusias Superificales. (De 10 a 30 Decibeles).

Suelen pasar inadvertidas. El niño da la impresión de poseer una audición perfecta. Generalmente los padres y los maestros consideran que el niño no atiende debido a factores de distractibilidad.

El niño no necesita de un programa de entrenamiento del lenguaje en forma intensiva. Puede evolucionar mediante un control parcial del lenguaje. Comúnmente solo necesita corregir algunas fallas en su articulación.

Las características de la voz del niño son normales.

b) Hipoacusias Medias. (De 30 a 60 Decibeles).

- El niño puede captar en buena parte el contenido del lenguaje; pero no posee la capacidad auditiva como para comprender todo el mensaje. Puede lograr adquirir algún lenguaje por sí solo en su relación con el medio.
- Necesita usar aparato auditivo en forma permanente.
- Precisa de entrenamiento especial sistemático para el desarrollo de su lenguaje.
- Presenta dificultades de comprensión y estructuración del lenguaje, dificultades articulatorias y nivel de vocabulario pobre. Sus restos auditivos le son ventajosos para adquirir características de voz de un niño con audición normal.

c) Hipoacusias Profundas. (De 60 a 100 Decibeles).

- El desarrollo del lenguaje del niño solo puede ser posible mediante un entrenamiento especial sistemático e intensivo.
- El niño necesita usar en forma permanente, un aparato auditivo con buenas condiciones acústicas.
- El retardo del lenguaje en estos casos, es evidente. El proceso de desarrollo del lenguaje es lento debido a las limitaciones para la comprensión y expresión del lenguaje, condicionados por el déficit auditivo. Se registran limitacio-

nes en el vocabulario lo mismo que carencia de fluidez en la expresión, debido a las dificultades articulatorias del niño.

La voz tiende a perder sus matices, a desplazarse hacia tonos extremos o a producirse con tono nasal.

En general, la voz tiende a deformarse en altura, intensidad, timbre, tono, acentuación, ritmo y velocidad. El niño puede mejorar en alguna medida estas condiciones mediante la ayuda y uso adecuado de un auxiliar auditivo.

d) Sorderas Sub-Totales.

En general, las características del habla del niño sordo, se definen por la conducta del lenguaje que manifiestan los niños con grados severos de pérdida auditiva. Son niños que poseen posibilidades menores por el hecho de que, la adquisición del lenguaje depende especialmente de recursos visuales y táctiles que compensan en alguna forma la audición defectuosa.

La suplencia que en estos casos no puede obtenerse por medios visuales y táctiles es la referente al mecanismo cocleofonatorio en relación a las características de la voz. La Inflexión, la entonación, las diferencias sutiles tonales y de intensidad se perciben solamente gracias al oído. Por consiguiente, estos niños con pérdidas severas, poseen muy mala calidad de voz. Desde

criben una voz monótona, desplazada hacia tonos extremos, alterada en intensidad.

En cuanto a la articulación, las dificultades son consistentes, la pronunciación resulta forzada y sin fluidez.

El habla en algunos casos de niños sordos con pérdidas severas resulta a veces ininteligible.

Los niños con déficit severo necesitan de entrenamiento intensivo que los ayude a adquirir el mayor nivel de lenguaje oral posible.

Aunque sus restos auditivos son precarios, el uso adecuado de un aparato auditivo con buenas características acústicas, vuelve su audición aprovechable y permite al niño a base de entrenamiento, la percepción de sonidos útiles ambientales y de lenguaje como medio importante para superar sus posibilidades en cuanto al desarrollo del habla.

e) Sorderas totales o Anacusias.

Significan pérdidas de la audición en las cuáles no se registran respuestas en la audiometría tonal aún a la intensidad máxima que puede dar el audiometro. Por lo tanto el niño en estos casos, no cuenta con restos auditivos aprovechables siendo las únicas vías permeables para adquirir el lenguaje, la vista y el tacto.

En cuanto a las características del lenguaje, todos los anteriormente señalados para los diferentes grados de déficit auditivo se cumplen en estos casos. Felizmente, los niños con sordera totales o anacusias se registran muy poco.

Investigaciones y diversos estudios en materia de audiología han permitido conocer que en la mayoría de los niños con defecto de audición hay cierto grado de poder auditivo y que, los casos de sordera absoluta son poco frecuentes. En relación a este problema el Doctor Daly, Director del Centro Audiológico del Hospital Bellevue de New York afirma que la sordera total, en cerca de 700 niños examinados solo fue diagnosticada en tres casos. (16).

3o. ETIOLOGIA.

El problema de la sordera en el niño, se atribuye a factores etiológicos pre-natales, natales y post-natales, siendo los más comunes los registrados en el esquema siguiente:

(16) Nuevos Métodos para el Diagnóstico y tratamiento de Niños Sordos menores de 5 años.

Publicaciones OIRA, Orientación Infantil para Rehabilitación Audiológica A.C., México, D.F. 1967.

PRENATALES	<ul style="list-style-type: none"> { Hereditarias { Congénitas 	<p>Incompátibilidad hemática, materno fetal, Viro^sis - (rubéola, gripe, parotiditis), sífilis congénita, Factores Tóxicos (estreptom^omicina, quinina Kanamicina, talidomida).</p>
NATALES	<ul style="list-style-type: none"> { Anoxia { { { { Prematurez { { Trauma Obstétricos. 	<p>(Vueltas de cordón, presentación de vértice, parto precipitado, parto prolongado).</p>
POST-NATALES	<ul style="list-style-type: none"> { Procesos Infecciosos. { { { Factores tóxicos. { { { Situaciones traumáticas. 	<p>Meningitis, encefalitis, sarampión, tosferina.</p> <p>Estreptom^omicina, dihidro-est^oreptom^omicina, Kanamicina.</p> <p>Traumas craneales.</p>

CAPITULO V

ALTERACIONES FUNCIONALES DE LA COMUNICACION VERBAL.

Existe un grupo de trastornos del lenguaje en el niño, no atribuibles a determinantes orgánicos. Se consideran éstos de naturaleza funcional, porque constituyen repercusiones de factores ambientales negativos presionantes o formas de reacción ante situaciones de conflicto o traumas afectivos.

Los trastornos del lenguaje de naturaleza funcional tampoco se desarrollan con carácter selectivo, pues afectan el lenguaje en sus diversas funciones. Su mayor agravante se ubica en el uso persistente de pautas inadecuadas que el adulto emplea en su relación o trato con el niño; o, en la carencia de factores socio-culturales estimulantes en el ambiente del niño, que empobrecen sus potencialidades.

Dentro de esta categoría, se tratarán los problemas siguientes: Lenguaje Infantil, Retardo en el Habla, y los Problemas derivados del Bilinguismo.

1o. LENGUAJE INFANTIL.

Dentro del proceso madurativo general del niño, el desarrollo del lenguaje cumple etapas sucesivas. A cada nivel de edad corresponde una forma de lenguaje con características propias.

- - - - -

En el período de evolución del lenguaje infantil se reconocen dos niveles definidos: el período del pre-lenguaje y el período del lenguaje propiamente dicho. El primero, es un período preparatorio que condiciona la implantación del lenguaje con forma y características definidas y complejas. Esas primeras manifestaciones lingüísticas, 'unidas a la continua práctica - de las funciones vegetativas de masticación, succión y deglución, sientan las bases y responden a la evolución posterior del lenguaje.

Las manifestaciones del pre-lenguaje incluyen desde el grito y el llanto al nacer, el período de vocalización y balbuceo, la jerga infantil, hasta el período de transición al lenguaje propiamente dicho, en el cual se registra el juego de aproximaciones de palabras y pequeñas frases. Esta etapa se ubica - aproximadamente alrededor de los dieciocho meses de edad, siendo la expresión característica del niño, formas como éstas: - "aba" por quiero agua", "papato" por "mi zapato", "atá" por - "ahí está".

En forma gradual, el niño va adquiriendo dominio de las palabras y nuevas formas de expresión, con base en las que conoce y, poco a poco, en situaciones motivantes, logra superar estas etapas, hasta alcanzar un lenguaje completo y estructurado.

En muchos casos, ocurre que el niño supera su edad cronológica, pero con relación al lenguaje manifiesta una fijación en etapas infantiles o inmaduras. En otros casos, el niño puede ya haber superado su etapa de lenguaje infantil, pero, ante situaciones que le provocan conflicto, manifiesta una regresión hacia esas conductas.

El habla infantil, comúnmente llamada "media lengua", tiene sus características:

- El niño incurre en omisiones y sustituciones. Se expresa en formas como estas: "un duche" por "un dulce", "se quebó" por "se quebró"; "mojayo" por "mojado"; "pajaño" por "pajarito".
- El niño tiende a expresarse utilizando el final de la palabra. Por ejemplo: "a tá mita" por "allá está mamita".
- La característica que básicamente matiza el habla infantil, es la tendencia al uso de diminutivos. Por ejemplo: "ducito" por "dulcito"; "echita" por "lechita".

Las formas de expresión anteriores son incorrecciones propias del niño, antes de haber cumplido los cuatro años de edad. El niño habla en tal forma por la calidad de sus percepciones y porque no posee la habilidad necesaria para una articulación perfecta. Después de esa edad, el lenguaje infantil es ya sin tomatológico.

Como factores determinantes del habla infantil se cuentan:

- La sobre-protección familiar, que crea para el niño un clima asfixiante e inhibe su iniciativa.
- La actitud de celebridad, que los padres y la familia demuestran cuando el niño habla en forma pueril, considerándolo como "el niño gracioso". El niño capta esta manera de aceptación y, con ello, refuerza sus patrones y persiste.
- Los sentimientos de celo ante la llegada de un nuevo hermanito. El niño usa el lenguaje infantil para justificar los mimos y cuidados de la madre, tratando de evitar el desplazamiento.
- La demanda de atención del niño, después de enfermedades prolongadas, durante las cuales estuvo sometido a cuidados excesivos. Una manifestación clara, después de estos períodos, puede registrarse en una regresión del lenguaje en el niño.
- El uso excesivo de diminutivos, que la familia usa cuando se dirige al niño. El lenguaje infantil, en estos casos, se fija por imitación.
- Descuido de los padres y la demás familia, quienes no manifiestan empeño alguno para corregir oportunamente las formas del lenguaje que usa el niño.

2o. RETARDO DEL LENGUAJE.

El retardo del lenguaje se ubica en lugar importante dentro de

la patología de la comunicación verbal debido a que es una manifestación común a varios trastornos del habla.

Como ya ha sido señalado, el habla es producto de un aprendizaje condicionado por factores biológicos y psíquicos determinados entogenéticamente.

El desarrollo del lenguaje, en condiciones normales es posible en un período de pocos años durante los cuales el niño aprende a articular sonidos, a crear palabras, a emplear denominaciones, y utilizar frases hasta alcanzar el dominio de todos los valores lingüísticos que sustentan su vida de relación.

De acuerdo a la etiología de los diferentes trastornos del habla y en relación a los problemas de retardo del lenguaje, podemos establecer dos categorías definidas: el retardo del habla cuyas determinantes son biológicas, y el retardo cuyo origen se sitúa en factores afectivos, ambientales y socio-culturales. Por su naturaleza, me referiré a éste último.

3o. FACTORES DE ORIGEN AFECTIVO.

La relación entre padres e hijos en el desarrollo del lenguaje es importante, razón por la cuál, mucho se ha hablado acerca de este aspecto.

Cualesquiera de los procesos vitales del niño, está condicionado por experiencias afectivas y satisfactorias en la primera infancia. El lenguaje no escapa a estos procesos y a estas determinantes.

Así se explica la conducta del niño cuando al hablar o tratar de efectuar la repetición de las palabras se identifica con las personas, con el medio ambiente y, de manera especial, con el adulto con quien emocionalmente se siente ligado.

La base afectiva es el factor que sustenta y estimula la formación de la lengua materna. La madre, en tal caso, se constituye en puente de unión entre el lenguaje y el niño. Es un lenguaje emocional que el niño aprende en forma espontánea, sin imposición alguna. Por eso se ha dicho que, durante el período de implantación del lenguaje en el niño intervienen dos factores: el primero se refiere al aspecto fisiológico o placer funcional del habla y, el segundo, se refiere a la necesidad del niño de expresarse y comunicarse con las personas amadas que le rodean.

El aspecto fisiológico del lenguaje se cumple igual en todos los niños. El retardo en el desarrollo del habla comienza a hacerse evidente pasado el período del lenguaje fisiológico que no va más allá de los 6 ú 8 meses de edad. A partir de este período, entran en juego las peculiaridades del ambiente familiar.

Las diversas experiencias realizadas demuestran que los niños abandonados o aquellos que no tienen una atención continuada y afectiva son lentos para aprender a hablar y manifiestan un retardo en su lenguaje que incluso puede afectarles en el transcurso de su vida. Este tipo de niños comúnmente se les describe como niños ansiosos, inhibidos e inseguros.

Al respecto, Kanner cita Mc.Carthy afirmando lo siguiente: Los niños que presentan trastornos no orgánicos del lenguaje parecen tener trastornos en sus relaciones familiares, lo que los vuelven afectivamente inseguros y les crean diversos síntomas complementarios de deficiente adaptación, la atmósfera del hogar determinada por la personalidad de los padres, parece ser el factor que más influye en la adquisición del lenguaje por parte de los niños".(17).

Efectivamente, existen varias determinantes en la esfera familiar que pueden causar interferencias en el desarrollo normal del habla en el niño, una de las más comunes es la actitud de tolerancia familiar y especialmente de los padres, quienes anulaban las situaciones pronicias para que el niño evolucione en -

(17) Kanner L. "Psiquiatría Infantil". 3a. Edición
Edit. Paidós, Buenos Aires, 1962.

sus etapas lingüísticas. Muchos padres sobre-protectores "adivinan el pensamiento" al niño. Este no habla simplemente porque no siente la necesidad de hacerlo. El niño señala o dirige su vista hacia lo que desea y ello hasta para que lo obtenga. Se crea, en el hogar una limitación de oportunidades e incentivos apropiados ya que el lenguaje en el niño debe surgir de sus propios esfuerzos y necesidades y reforzarse por ellos mismos. Si este factor no funciona se registra un retardo en el habla.

Una situación opuesta a la anterior se observa en casos de padres que asumen actitud de severidad y autoridad extrema. Se trata de padres coercitivos que crean en el niño situaciones de tensión constante sea porque imponen dentro del hogar métodos severos de disciplina o porque asumen una actitud perfeccionista en relación al niño exigiéndole una articulación perfecta y lenguaje correcto aún cuando el niño no está en capacidad de hacerlo. Esta condición puede ocasionar tal agravante que, el niño incluso puede registrar episodios de silencio voluntario o una ausencia total del habla como forma de reacción negativa a las exigencias de los padres. Aún más, pueden darse en la vida infantil situaciones afectivas tan traumáticas a nivel familiar que son determinantes de pérdida del habla en forma temporaria tales como anomalías en las relaciones

de ambos padres, separación del niño del núcleo familiar y otras similares.

4o. FACTORES SOCIO-ECONOMICOS.

El déficit en el ambiente familiar del niño y la consecuente y menor motivación que experimenta hacen decrecer sus posibilidades evolutivas. La estructura ambiental de limitaciones, privaciones y carencia de todo estímulo inciden en su proceso de desarrollo. La situación de pobreza, hambre, soledad y descuido es causa frecuente de retardo en el habla, registrándose especialmente limitación en el vocabulario y carencia de espontaneidad en la comunicación, ya sea por situaciones que obligan a los padres a permanecer la mayor parte del tiempo fuera del hogar o porque sustancialmente se vive la monotonía de un ambiente físico rutinario nada estimulante al equilibrio psíquico de la familia. Estos son los casos de niños solitarios que a pesar de poseer familia permanecen en constante abandono sin refuerzo gratificante alguno. Por otra parte influye en el retardo que presentan, el nivel cultural bajo y el analfabetismo de los padres; situaciones también desfavorables que hacen decrecer las posibilidades evolutivas del niño.

5o. AMBIENTE INSTITUCIONAL.

La presión que ejerce cada vez la sociedad industrial, las nece-

sidades diversas en el área del trabajo, la horfandad y los problemas de salud han ido planteando la necesidad de creación de centros de asistencia infantil que permiten la institucionalización del niño desde que es muy pequeño.

El ambiente institucional de guarderías u hogares infantiles - por sus mismas características no proveen al niño de la situación propicia para su desarrollo intelectual, afectivo y social y por tanto, tampoco es estimulante al desarrollo lingüístico. Anteriormente se ha puntualizado la importancia de la interacción afectiva entre el niño y sus padres en los inicios del desarrollo del lenguaje, relación que motiva en el niño, su imitación y comunicación constante.

La vida institucional no provee al niño de una adecuada interrelación con los adultos que le rodean. Las personas que lo asisten, llenan sus necesidades habituales de higiene, alimento y vestido, pero no va más allá de una atención de tipo colectivo que da como resultado una relación impersonal.

D. Burlingham y A. Freund (18) en experiencias realizadas en establecimientos de guardería, observaron que los niños interna--

(18) D. Burlingham y A. Freund

"Niños sin Familia" 3a. Edic.
1968, Edit. L. Mirade, S.A.
Barcelona.

dos, registran un avance menor de lenguaje que los niños que han crecido en sus hogares.

La desigualdad en el desarrollo del habla en los niños de las guarderías no se evidencia a partir del comienzo del lenguaje ya que se registra en ellos, como en todos los niños, el balbuceo y vocalización inicial. El retardo comienza a manifestarse después del primer año de edad, observándose que a partir - de este período los progresos del lenguaje son muy pocos.

Es importante observar que los niños de guarderías u hogares - infantiles están agrupados más que todo por criterio de edad: los más pequeños están separados de los mayorcitos razón por la cuál, éstos resultan ubicados en núcleos donde nadie sabe hablar bien. De hecho se determina una situación en donde no existen patrones de lenguaje que los niños puedan imitar y en donde se pierde además la utilidad inmediata del habla como es la relación con los demás.

En líneas generales, tres factores básicos que determinan el - retardo del desarrollo del lenguaje en el niño institucionalizado son básicamente los siguientes:

- a) Carencia afectiva
- b) Carencia de patrones de lenguaje que el niño pueda imitar.

c) Carencia de refuerzos a sus producciones lingüísticas.

60. BILINGUISMO.

Grande es el interés observable en los padres, hoy en día, por iniciar al niño desde que es muy pequeño en la enseñanza bilingüe. Las instituciones educativas han respondido a esta demanda incorporando en los planes de estudio, la enseñanza de idiomas extranjeros en los programas desde el nivel parvulatorio. Idioma y lenguaje son dos conceptos que no pueden desligarse - el uno del otro.

El idioma es un medio de lenguaje que se desarrolla en el proceso de relación entre las personas.

La unidad fundamental y estructural del lenguaje es la palabra, mecanismo importante de la actividad nerviosa superior, estímulo verbal que representa una abstracción base del pensamiento y que cumple con dos funciones importantes: una generalizadora y otra ideacional.

Por la significación que la palabra tiene en el psiquismo humano, se ha tratado de valorar su significación desde el punto de vista neuro-fisiológico, determinándose que, cualquier sistema lingüístico estructurado es capaz de provocar en el humano, reacciones diversas.

Todo aprendizaje de un idioma significa la creación de engramas a nivel de la corteza cerebral, proceso mediante el cual, una palabra cualquiera puede adquirir el poder de evocar un hecho, fenómeno o situación. Es decir que, el hecho de aprender un idioma significa el establecimiento de una serie de conexiones a nivel de la corteza cerebral, conexiones que se forman por la experiencia y estimulación que el hombre tiene del medio exterior.

Una palabra determinada que se tome como estímulo, resulta indiferente mientras en la corteza cerebral no se haya verificado una conexión condicionada refleja. Por ejemplo, para el niño, la palabra "frío" adquirirá significación dependiendo de la repetición y coincidencia con que se de el término simultáneo a la situación.

Cuando el niño pequeño que aún no tiene establecido en forma completa el lenguaje materno se le somete al aprendizaje de una lengua extranjera, se afirma que se da una "duplicación de engramas".

Piñeros C.J. (19) considera que la formación de engramas amplios

(19) Piñeros C.J.

"Gaceta Médica". Revista la. Congreso panamericano de Audición y Lenguaje. 1970
Bogotá, Colombia.

o potentes o circuitos durables es tanto más difícil, cuanto mayor es la diferencia fonética de dos idiomas que se traten de aprender. Por ejemplo, se plantea una mayor probabilidad entre los términos "dulce" y "dolor" que entre "dulce" y -- "sweet".

Se considera que cuando existe similitud fonética, los analizadores pueden funcionar con ahorro de circuitos pero en todo caso, la duplicación de engramas menoscaba la amplitud y duración de dichos circuitos.

En tanto que la enseñanza bilingüe (materno-extranjero) significa duplicación de engramas. El bilingüismo, en etapas tempranas, puede tener además de las repercusiones desventajosas en el área del comportamiento, efectos negativos a nivel de la -- producción verbal del niño, tales como falta de riqueza del -- lenguaje, dificultades en el mecanismo de la conversación, pronunciación y lenguaje espontáneo.

Las mayores desventajas se registran en la edad infantil debido a que la primera infancia es un período activo de formación de engramas relativos a la adquisición de la lengua materna, -- lenguaje básico en la vida de relación del niño y que debe dominar antes de iniciar cualquier aprendizaje de un idioma extranjero. Por lo tanto es recomendable que el niño opere un --

sistema de señales como dominante, aún en casos de bilingüismo perfecto. En ningún caso debe propenderse a profundizar un idioma extranjero en el niño pequeño con carácter de lengua materna y exigencia extrema.

En suma, el bilingüismo puede suscitar una problemática en el niño en aquellos casos en que se ve afectado el normal desarrollo de sus procesos madurativos e intelectivos asociados por lo general, a anomalías diversas en el área del comportamiento.

CAPITULO VI

PROBLEMAS DE LA COMUNICACION VERBAL DE CAUSA NO DEFINIDA.

Se incluye en este capítulo, los problemas del lenguaje oral cuya etiología se plantea aún, a nivel de hipótesis. Ellos son: la Tartamudez y el Autismo Infantil, problemas que, a pesar de los diversos estudios e investigaciones realizadas en torno a los mismos, no ha sido posible hasta hoy, definir un criterio que explique su verdadero origen.

1o. TARTAMUDEZ

La tartamudez, conocida también con el nombre de espasmofemia, es un trastorno de la comunicación verbal que se presenta como una alteración del ritmo normal de la palabra. Es una dificultad del lenguaje expresivo que se manifiesta por bloqueos, repeticiones o prolongaciones de los sonidos articulados, implicando, por lo tanto, una incapacidad para mantener la conversación con fluidez.

La tartamudez puede darse con carácter selectivo o bien, en forma generalizada. En su forma selectiva, la vacilación en el habla se registra en circunstancias determinadas. Se da el caso, por ejemplo, de algunos niños que tartamudean solo ante situa-

ciones que les provocan temor o ansiedad.

Cuando la tartamudez es generalizada, el niño registra habla vacilante indistintamente, ante cualquier situación.

En ambos casos, la perturbación en el habla se da con características similares, la diferencia estriba en su carácter temporal.

a) Características del habla.

La característica básica de la tartamudez en el niño radica - en una serie de espasmos que alteran la producción normal del habla.

Los espasmos pueden ser de dos tipos: tónicos o clónicos.

Los espasmos tónicos se manifiestan por una incapacidad momentánea de iniciar el habla o de continuar la conversación. Se observa en el niño como si los órganos activos se resistiesen a entrar en acción o se negasen a efectuar movimientos de aproximación o separación de su punto de contacto con movilidad normal.

El espasmo tónico implica una especie de rigidez o contracción súbita que determina formas de expresión como las siguientes:

" c _____ c _____ c _____ ómo dices?"

" p _____ p _____ p _____ ara qué "

"a _____ antes sí, etc.

Los espasmos clónicos se manifiestan por contracciones musculares rápidas, sucesivas y más o menos regulares. El habla adquiere formas como éstas: "na__pa__pa__para qué?"; "co__co__co__cómo dices?", etc.

Los espasmos característicos del problema de tartamudez se producen en los órganos del aparato fonarticulador y se desarrollan como si existiese una falta de coordinación entre los impulsos motores y los órganos del realizador vocal.

Los bloqueos o repeticiones pueden presentarse en forma manifiesta como se ilustra en los ejemplos anteriores y asociarse a ellos algunas otras formas de conducta: aspiración profunda, enrojecimiento o sensación de asfixia previa a la emisión del sonido. En otros casos, se dan movimientos asociados: sacudidas de brazos, parpadeo, golpes, movimientos cefálicos, etc. El niño utiliza este tipo de movilidad como recursos inmediatos en su afán de vencer los espasmos dichos movimientos se diferencian de los tics en que solo se registran acompañados al acto de hablar.

En general, las características básicas del habla del niño con tartamudez son las siguientes:

a) Detención temporal en la producción de la palabra.

- b) Flujo de la palabra, inmediatamente después que ha cedido la tensión muscular o espasmo.
- c) Bloqueos en el habla con carácter consecutivo.
- d) Movimientos asociados a los bloqueos o repeticiones.

b) Etiología.

La identificación del problema de la tartamudez y la búsqueda de sus determinantes data desde muy antiguo.

Desde la época de Aristóteles, el problema fue descrito, atribuyéndose la anomalía a algunos caracteres anatómicos de la lengua relativos a su grosor y frenillo lingual.

Posteriormente, el problema ha sido explorado tratando de encontrar posibles relaciones con procesos neuro-fisiológicos. Ello ha dado lugar a la formulación de nuevas hipótesis que han planteado otros posibles factores causales, tales como alteraciones del sistema nervioso central, alteraciones en la médula espinal y procesos inflamatorios a nivel cortical. Así mismo, se ha investigado la función respiratoria y cardiovascular, los reflejos y la composición sanguínea y salival.

Kanner (20) cita los experimentos de Orton y Travis quienes adu

(20) Kanner L. Opus Cit. Pág.522.

cen que el tartamudeo se origina en la falta de dominio de un hemisferio cerebral sobre el otro, de manera que, la energía nerviosa no es impulsada por un hemisferio con potencial mayor sino por ambos hemisferios con potencial equilibrado. Por lo tanto, la tartamudez se explicaría como una manifestación de la rivalidad que existe entre ambos hemisferios.

Las afirmaciones de Hill y Brown difieren de las consideraciones anteriores ya que afirman que la tartamudez se da en base a un mecanismo neuro-fisiológico normal y que el habla vacilante ocurre y se desarrolla cuando el niño no puede adaptarse de inmediato y satisfactoriamente a situaciones urgentes o cuando considera catastróficas las circunstancias.

Otros autores como Froeschels, partiendo de análisis de psicopatología comparada, sostienen que el tartamudeo se deriva de un trastorno mental en la esfera de la actividad que se desarrolla sobre la base de una disposición congénita psiconeurótica.

De acuerdo a los variados planteamientos etiológicos, Ainsworth ha dividido en tres grupos las diversas teorías en torno al problema de la tartamudez.

a) Teorías del Desarrollo

Estas teorías consideran que el problema es determinado por la

influencia de varios factores que tienen relación con el desarrollo del lenguaje en el niño.

b) Teorías de las Disfemias.

Sostienen que la tartamudez es un síntoma parcial de un trastorno orgánico complejo, que se desarrolla sobre bases hereditarias y modificaciones bioquímicas.

c) Teorías de la Psico-neurosis.

Consideran que el problema del tartamudeo es síntoma de un -- trastorno de la acomodación emocional que determina desajustes en el comportamiento.

Hasta hoy las diversas teorías formuladas intentan explicar el problema tanto mediante factores de organicidad o predisposición orgánica como en mecanismos de naturaleza psicogénica.

En cuánto al papel de la herencia, se afirma que la tartamudez hereditaria no ha tenido aún comprobación. Es verdad que en las historias personales de estos niños se registran casos similares en la misma familia pero, se desconoce hasta donde la tartamudez de los padres o adultos puede influir en el desarrollo del problema, creando tensión y ansiedad constante ante cualquier vacilación normal del niño cuando éste es muy pequeño.

El mismo temor de los padres es capaz de crear actitudes perfeccionistas que desencadenen un habla vacilante en el niño. Es importante también, incluir como un factor más, en estos casos, la influencia de la imitación propia del niño. Por tanto, cualquier investigación al respecto, amerita controlar este tipo de variables.

Las repeticiones y vacilaciones en el niño son propias del período de adquisición del habla debido a que existe una discrepancia entre el pensamiento del niño y su poder del lenguaje expresivo. Este comportamiento se registra aproximadamente entre los dos años y medio y tres o cuatro años. Sucede que el niño intenta decir más de los que puede, inconsciente de que su vocabulario es limitado y de que no posee el suficiente dominio de estructurar palabras y frases en forma rápida. Por eso, a medida que el niño logra incrementar su vocabulario es limitado y de que no posee el suficiente dominio de estructurar palabras y frases en forma rápida. Por eso, a medida que el niño logra incrementar su vocabulario, el problema decrece.

El habla vacilante del niño pequeño, por exceso de preocupación de los padres, puede tornarse en tartamudeo. Si la vacilación en el habla persiste y el niño se vuelve consciente de ello, reaccionará cada vez, en forma más inadecuada. Por esta

razón, las llamadas constantes y urgentes de los padres que propenden a perfeccionar el lenguaje del niño son situaciones que contribuyen a determinar el problema. Padres perfeccionistas, sobre-protectores, dominantes, angustiados, ansiosos que viven pendientes del niño especialmente en relación al uso de formas correctas del lenguaje, crean una situación negativa para el niño. Así mismo, muchas de las experiencias demuestran que cualquier trauma-psíquico productor de conflictos es capaz de condicionar el desarrollo de tartamudeo de ahí que, con frecuencia, éste se acompaña de enuresis, onicofagia, terrores, pesadillas y negativismo, conductas que revelan trastornos en el área del comportamiento.

Se ha observado además, que el tartamudeo en estos casos disminuye a medida que se brinda apoyo al niño y conforme se realiza una adaptación satisfactoria.

En relación a los estudios neuro-fisiológicos iniciales, actualmente, se acepta la influencia de la zurdería contrariada como determinante de tartamudez, y en general, aunque no se descarta la posibilidad de factores orgánicos predisponentes, existe una tendencia a considerar la tartamudez como una reacción adquirida y a la vez, síntoma dinámico de situaciones psíquicas conflictivas.

2o. AUTISMO INFANTIL.

El problema fue definido y caracterizado por Kanner, en 1943, quien propuso su denominación con el término 'autismo Infantil Precoz'.

Se define como 'un estado de aislamiento en forma persistente que tiene manifestaciones de perturbación del lenguaje y de la conducta, y que ocurre antes de los once años de edad, con un comienzo gradual y repentino entre dieciocho meses y dos años y medio'(21).

En efecto, es una concisión emocional o perturbación de la conducta del niño, la cuál es observable desde muy temprana edad. Datos encontrados por Kanner en sus investigaciones revelan que la mayoría de niños autistas estudiados no demostraron, en su tierna edad o en sus primeros meses de vida, la solicitud propia de todo niño a que la madre o el adulto le tome en sus brazos. En tal caso, esta conducta podría considerarse como una de las manifestaciones tempranas del problema.

Las características básicas del comportamiento del niño autista, es la dificultad o falta de contacto con las personas y si

(21) Clark, D.S.

Manual de Psiquiatría Clínica '
Edit. Paidós. 2a. Edición. Buenos Aires
1969.

tuaciones diarias. Estos niños parecen funcionar como elementos segregados del medio ambiente . Los padres, frecuentemente, los describen como niños que se encierran en sí mismos, - que demuestran vivir para sí, que disfrutan de la soledad y - que ignoran a las personas que les rodean.

Mc.Ginnis (22) al establecer diferencias en el comportamiento dentro del aula entre niños afásicos y autistas, caracteriza a los últimos como niños capaces de permanecer en su asiento solamente por espacio de segundos; pues de inmediato comienzan a caminar por toda el aula, sin dirección alguna, manipulando los materiales, esparciéndolos o destruyéndolos, sin que se le advierta un fin determinado.

a) Características del Habla.

Considerando la perturbación lingüística del niño autista, el problema puede oscilar desde la torpeza de su expresión o de su lenguaje, bien articulado pero carente de sentido para los demás, hasta el mutismo o ausencia de toda forma de comunicación verbal.

Expongo a continuación algunas consideraciones, realizadas con -

(22) Mc.Ginnis, M.A. Opus Cit. pág. 22.

base en la experiencia de varios autores, especialmente con relación a los estudios de Kanner.

1. En una proporción de las dos terceras partes de niños autistas adquieren el habla, el resto persiste en actitud de mutismo:
2. Es observable en estos niños una capacidad notable de retentiva de palabras y frases, aún de aquellas largas y difíciles. Memorizan con mucha habilidad poemas, canciones y narraciones: característica que suele provocar confusión diagnóstica, pues en casos lleva a pensar que se trata de una posible dotación superior del niño;
3. El niño puede demostrar tendencia a usar palabras y frases que "repite como loro". A veces, las repite, las guarda, y luego continúa en su repetición. Esta conducta ha sido llamada 'ecolalia retardada'. Se observa dificultad en la formación espontánea e inmediata de frases. Esto, unido a su ecolalia, crea errores gramaticales frecuentes:
4. En general, el niño autista exhibe conductas obsesivas y perseverantes. En el área del lenguaje, tiende a usar las palabras con significado y uso inflexible, tal como originalmente las ha conocido. No acepta alteraciones en sus formas lingüísticas de rutina;

5. El habla del niño autista puede en algunos casos percibirse con mucha articulación, pero su lenguaje carece de sentido para quienes lo escuchan. El lenguaje resulta a veces incoherente. El niño crea su lenguaje propio, sin considerar el hecho o propósito de darse a entender o hablar para los demás. El lenguaje del niño autista parece funcionar - por la ley del menor esfuerzo.

b) Etiología.

A manera de hipótesis, para explicar el origen de la autismo infantil, se piensa en una predisposición constitucional de la naturaleza aún no definida, pese al interés y métodos de investigación utilizados para establecer en definitiva sus causas.

En las anamnesis de los casos de autismo estudiados por Kanner, se registran antecedentes de padres, abuelos y otros parientes, en su mayoría escritores, periodistas, hombres de ciencia, etc. pero por el contrario, los casos de padres afectuosos fueron muy pocos.

Sin descartar el valor que pudiese tener un factor constitucional predisponente, los estudios y observaciones clínicos confirman en gran medida la posibilidad de que el autismo infantil, como otras conductas similares, guarda relación más estrecha -

con el ambiente familiar, especialmente con situaciones afectivas y la actitud de los padres, más que con cualquier otro factor.

CAPITULO VII

MEDIDAS PREVENTIVAS Y TERAPÉUTICAS.

Todos los niños están expuestos a desarrollar problemas diversos propios de la infancia, entre éstos se cuentan las dificultades en el lenguaje oral.

Durante las últimas décadas se ha incrementado el interés relativo al desarrollo de planes terapéuticos y programas de carácter preventivo que incluyen el control de los factores que determinan las variadas alteraciones del habla en el niño.

En un buen número de casos, las anomalías que conllevan alteraciones en el habla están presentes al momento del nacimiento, es decir que, su origen se sitúa en factores genéticos o congénitos. Con esta consideración, tienen valor profiláctico, en primer lugar, los consejos genéticos oportunos para ambos padres, especialmente si la historia familiar incluye antecedentes de dificultades en el habla u otras anomalías.

Durante el período pre-natal conviene especialmente, atender la salud de la madre embarazada de manera que todas las condiciones sean favorables.

Uno de los mayores azotes, en dicho período, lo constituyen las enfermedades o procesos infecciosos especialmente durante

los tres primeros meses de embarazo. De ahí que como medida preventiva en estos casos, se procura el aislamiento de la madre ante cualquier foco que signifique peligro de contaminación recurriendo además, a factores inmunológicos. Aún más, ante casos de enfermedades infecciosas en el primer trimestre de embarazo y en las que se constata que el peligro del feto es inminente, en algunos países suele practicarse el aborto terapéutico.

Aparte de los procesos infecciosos tiene valor profiláctico - la prevención de los nacimientos prematuros y de muchos agentes nocivos como el uso de drogas, agentes tóxicos, radiaciones y factores relativos a la incompatibilidad sanguínea. En base a estos últimos, se plantea la necesidad de practicar - los correspondientes análisis prenatales.

Los programas preventivos en la infancia propenden en general, a atenuar los factores predisponentes. El mejoramiento físico del niño es por ello importante mediante campañas tendientes - a evitar cualquier anomalía que interfiera el desarrollo normal del niño. Por esta razón, cada día adquieren un mayor auge los programas de inmunización infantil masiva y la utilización de - recursos nutricionales que contrarresten la deficiencia alimenticia a la que están expuestos la mayoría de los niños de nuestro medio.

En general, la expansión de programas de salud maternos e infantiles tienen un gran valor preventivo. La difusión de conocimientos profilácticos que contribuyan a crear una verdadera conciencia de su valor, incrementa una actitud positiva de colaboración.

Es importante por lo tanto el desarrollo de campañas educativas con el propósito de lograr una verdadera comprensión y aceptación de los problemas de manera que la sociedad se torne en colaboradora y no en factor agravante.

Cualquier programa educativo, ya sea a nivel local o nacional, incluye fundamentalmente la utilización de recursos humanos - institucionales y materiales.

En relación a los recursos humanos es importante anotar que el éxito depende en gran medida del interés que pueda crearse en las personas y grupos claves de las comunidades a través de los cuáles el programa se proyecte a al grueso de la sociedad. Como recursos humanos claves participantes se cuentan: los diferentes clubs de servicio, cuerpo médico y de enfermeras, trabajadoras sociales, médicos, maestros y profesionales.

En cuanto a la ayuda institucional, es básica la participación del Ministerio de Salud que tiene en este problema ingerencia -

directa y a través del cual pueden lograrse asignaciones anuales destinados a los programas preventivos que, permitan un desarrollo constante y sistemático de los mismos a través del mantenimiento de programas televisados, circulación periódica de boletines o revistas, mantenimiento de columnas en los periódicos locales, celebración de charlas, conferencias, congreso; que permitan ir planteando las diferentes necesidades y forma de abordar el problema.

En cuanto a los programas terapéuticos de las alteraciones del lenguaje infantil, cabe afirmar que su éxito depende de la temprana o inmediata identificación y detección del problema; condición que ofrece la oportunidad de formular planes de tratamiento oportunos según lo requiera el caso.

La enseñanza correctiva individualizada es indispensable en muchos casos de problemas del lenguaje, pero esto no significa que el tratamiento deba circunscribirse a los terapeutas del lenguaje. Las medidas correctivas del habla infantil también ameritan de la participación de pediatras, neurólogos, psicólogos, ortodoncistas, etc., tanto como la intervención de padres de familia, de los maestros y de la colectividad en general.

Los padres deberán comprender que las repeticiones frecuentes de sílabas, palabras, oraciones y articulación imprecisa son -

normales en el período de desarrollo del habla y que la preocupación, impaciencia e incomprensión respecto a dichas conductas, pueden desencadenar tartamudeos u otras formas de reacciones negativas en el lenguaje.

Algunas alteraciones del habla infantil están relacionados con el ambiente en que vive el niño.

Los factores que inciden en el lenguaje cuyo origen es emocional y social pueden evitarse en alguna medida procurándole al niño una atmósfera afectiva adecuada que favorezca el desarrollo de sus capacidades. A base de interesar al niño partiendo de sus mismos logros en la comunicación verbal, de fomentar la imitación y de ofrecerle patrones correctos y constantes del lenguaje, los niños pueden mejorar.

Por otra parte, resulta beneficioso a los programas terapéuticos la organización de la comunidad en grupos de madres que afrontan problemas comunes.

El intercambio de experiencias entre padres, comúnmente le favorece anulando la sensación de angustia e ideas aterradoras que con frecuencia les invaden y que implican fuertes interferencias para que los padres asuman una actitud objetiva ante el problema que afecta al niño.

Los maestros dentro de las aulas pueden contribuir indiscutiblemente, a contrarrestar las deficiencias en la comunicación verbal que registran los niños provenientes de núcleos de pobreza y de bajo nivel cultural y social, a través de la enseñanza del lenguaje en forma activa que incremente en el niño su vocabulario, y que estimule sus habilidades de conversación comprensión y lenguaje espontáneo.

La prevención, identificación y tratamiento de los problemas de habla infantil significan una responsabilidad y labor conjunta de pediatras, terapeutas del lenguaje, psicólogos, trabajadores sociales, maestros especialistas afines, padres de familia y núcleo social. Muchas de las respuestas a los planes preventivos y terapéuticos se encuentran en la participación de la comunidad. El desarrollo de campañas que propendan a lograr un cambio colectivo de actitud ante los niños que presentan problemas, son de verdadera necesidad.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

10. Los problemas de la comunicación verbal en el niño, por su naturaleza múltiple, variada y compleja, precisan de un enfoque multidisciplinario para fines preventivos, de diagnóstico y de tratamiento. Ello significa que es importante la participación de los diferentes especialistas en la rama; los maestros, los padres de familia y la comunidad en general.
20. El desarrollo del habla es uno de los procesos vitales en las etapas tempranas de la vida infantil. Se impone, por lo tanto, la necesidad de interesar fundamentalmente a los obstetras y pediatras de manera que puedan contribuir a la identificación y diagnóstico diferencial temprano de las distintas alteraciones del lenguaje infantil como factor esencial que permita un tratamiento adecuado y oportuno de los mismos.
30. La característica común de los problemas del lenguaje infantil, es su repercusión en el área del comportamiento. Esta es una de sus mayores agravantes que determina en el niño reacciones de aislamiento, inhibición, negativismo, agresividad, etc. . El problema es tanto más serio cuanto mayor es la conciencia que el niño adquiere de su altera-

ción en el habla.

40. El problema de la tartamudez y el autismo infantil por la misma condición relativa a su origen no definido, ofrecen comúnmente algunas dificultades, en la formulación y orientación de programas terapéuticos. En algunos de los casos, el problema logra superarse con métodos psicopedagógicos, mientras que en otros, la anomalía cede solo en forma transitoria con la consecuente agravación del problema.
50. Las perturbaciones de la comunicación verbal pueden ser detectados en el medio escolar si los maestros están lo suficientemente informados sobre los diferentes problemas del habla infantil. Para ello es necesario que la cátedra sobre Educación Especial que actualmente se imparte de acuerdo a los planes de estudios para el Bachillerato Pedagógico, sea obligatoria y no optativa, tal como está contemplada. De esta manera, a través de los mismos maestros podría ser posible la referencia oportuna de los casos a los Centros y Clínicas Especiales.
60. Actualmente, el Centro de Audición y Lenguaje "Tomás Regalado Gonzalez" y algunas Secciones de Terapia del Lenguaje que funcionan en otros centros dependientes del Instituto Salvadoreño de Rehabilitación de Inválidos, tienen a su --

cargo la atención de los diferentes problemas del lenguaje, pero, en relación al volumen de la población que necesita la ayuda, la capacidad de dichos servicios resulta insuficiente. Esto significa que es de necesidad urgente la intervención de las instituciones estatales, y, en este caso del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, de manera que pueda contarse con personal especializado, suficiente, con una ampliación física de los servicios y de ser posible con su descentralización.

Sería importante además, que a través del Ministerio de Educación pudiese lograrse la creación de clínicas para atención inmediata de los diferentes problemas en los escolares en cada uno de los circuitos docentes, en las cuales tuviese participación un cuerpo de psicólogos y diferentes especialistas en terapia correctiva individualizada.

B I B L I O G R A F I A

A. Libros

- 1.- BURLINGHAM, DOROTHY Y FREUD, ANA. Niños sin Familia. Editorial Miracle, S.A.. 3a. Edición, Barcelona, España. 1968.
- * 2.- CACEPES V.A. Patología del Lenguaje Verbal Expresivo Editorial Marymar. 1a. Edición, Buenos Aires, Argentina, 1973.
- 3.- CLARK, D.S. Manual de Psiquiatría Clínica. Edit. Paidós, 2a. Edición, Buenos Aires, 1969.
- 4.- CORREDERA, S. TOBIAS. Defectos de la Dicción Infantil. 2a. Edición, Edit. Kapeluz, Buenos Aires, 1958
- * 5.- GESSEL, A. Y AMATRUDA, C.. Diagnóstico del Desarrollo. 2a. Edición Edit. Paidós, Buenos Aires, 1962.
- 6.- JOHNSON, WENDELL. Problemas del Habl Infantil. 1a. Edición Traduc. Felipe A. Mantero. Edit. Kapeluz, Buenos Aires 1967.
- 7.- KANNER, L. Psiquiatría Infantil. 3a. Edición, Editorial Paidós, Buenos Aires, 1962.
- 8.- KOLB, C. Psiquiatría Clínica Moderna. 4a. Edición. Editorial Founier, S.A., México D.F., 1971.
- 9.- LANGMAN, JAN. Embriología Médica. 2a. Edición. Traduc. H.V. Treviño, Edit. Interamericana, 1969.
- 10.- MICHAUX, L. Psiquiatría Infantil. 2a. Edición, Edit. Miracle, S.A., Barcelona, España, 1965.
- 11.- MEPANI, A.L., Psicología Genética. 1a. Edic. Edit. Grijalbo, S.A.- México, D.F. 1962.
- 12.- MORGAN, C.T. Psicología Fisiológica. 3a. Edición .Ediciones Castilla, S.A., Madrid, 1968.
- 13.- ORBAN, BALINT. Histología y Embriología Bucodental. Traduc J.G. Radice y R.E. Pierangeli, Edit. Labor, S.A., Argentina 1957.

- 14.- PAVLOV, I.P. Los reflejos condicionados aplicados a la psicopatología y psiquiatría. 2a. Edición. Edit. A. Peña Lillo, Buenos Aires, 1964.
- 15.- PERDONCINI, G. Manual de Psicología y Reeducción Infantil. Edit. Marfil, S.A., Valencia, España, 1966.
- 16.- SANCHEZ, B. Lenguaje Oral. Diagnóstico. Enseñanza y Recuperación. Edit. Kapeluz, Buenos Aires, 1971.
- 17.- SLUCHEWSKI, I.F. Psiquiatría. 2a. Edición en Español. Edit. Grijalbo, S.A., México D.F., 1963.
- 18.- SMIRNOV, LEONTIEV y Otros. Psicología. 3a. Edición en Español. Editorial Grijalbo, S.A., México D.F., 1969.

B. Publicaciones Periódicas.

- 1.- 'EL PROBLEMA DE LOS NIÑOS ATRASADOS'. Revistas Organización Mundial de la Salud. Octubre-Noviembre, 1968, p. 7-27.
- 2.- "EL PROBLEMA DEL RETRASO MENTAL". Manual de Publicaciones del Departamento de Salud, Educación y Bienestar Social de los Estados Unidos, Comité Secretarial sobre retraso mental, Washington, D.C., 1970.
- 3.- MC GINNIS, MILDRED A..- 'NIÑOS AFASICOS'. Acta Audiológica y Foniátrica Hispanoamericana. Traduc. Pedro Barruecos Téllez y Otros. Vol. VI. Enero-Abril/64. México, D.F...-
- 4.- "NUEVOS METODOS PARA DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE NIÑOS - SORDOS MENORES DE CINCO AÑOS'. Publicaciones OIRA (Orientación Infantil para Rehabilitación Audiológica). México, D.F. 1967.
- 5.- PIÑEROS, C.J. "INCONVENIENTES DE LA ENSEÑANZA BILINGUE A LA LUZ DE LA DISIOLOGIA CEREBRAL'. Gaceta Médica, Primer Congreso Panamericano de Audición y Lenguaje, Bogotá, Colombia, Julio 1970.

Revista de Educación, Boletín de Educación Técnica del Ministerio de Educación Pública, p. 38-41, Mayo-Julio/71, Santiago de Chile.

C. MATERIALES INEDITOS

- SANCHEZ DE TINETTI, NOEMY. El paciente Afásico y su Rehabilitación Tesis Doctoral, Facultad de Medicina, Universidad de El Salvador, Octubre 1968.

D. ENTREVISTAS Y CONFEPENCIAS

- TARASCO, SEVERINO. Curso sobre Terapia del Lenguaje. - Orientación Infantil para rehabilitación Audiológica, México, D.F., 1967.
- CURSO SOBRE TERAPIA DEL LENGUAJE. Orientación Infantil para Rehabilitación Audiológica, A.C., México, D.F. 1967. (Apuntes personales de la autora de este trabajo).-

o
