

11258¹₉



S E C R E T A R I A D E S A L U D

INSTITUTO DE LA COMUNICACION HUMANA

"Dr. Andrés Bustamante Gurría"

CENTRO NACIONAL DE REHABILITACION

"Detección de dispraxia verbal en niños preescolares de 3 a 6 años que asisten al In.C.H. por presentar retardo del lenguaje".

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
**ESPECIALISTA EN COMUNICACION
AUDIOLOGIA Y FONIATRIA
P R E S E N T A :**
DRA. MA. DEL ROSARIO OLIVARES GARCIA

ASESORA: DRA. BLANCA G. FLORES AVALOS



MEXICO, D. F.

INSTITUTO DE LA COMUNICACION HUMANA
CENTRO NACIONAL DE REHABILITACION
MEXICO, D. F. "EL ROSARIO" EN EL MARZO DEL 2003
SECRETARIA DE SALUD



**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

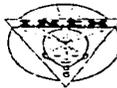
Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

SECRETARIA DE SALUD

INSTITUTO DE LA COMUNICACION HUMANA

"Dr. Andrés Bustamante Gurría"



CENTRO NACIONAL DE REHABILITACION

**TESIS PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN
COMUNICACIÓN, AUDIOLOGIA Y FONIATRIA**

**"Detección de dispraxia verbal en niños preescolares de 3
a 6 años que asisten al In.C.H. por presentar retardo del
lenguaje"**



Dr. Miguel Angel Collado Corona
Subdirector de Enseñanza del
Instituto de Comunicación
Humana del CNR

Dra. Xochiquetzal Hernández López
Jefe de la División de Enseñanza del
In.C.H.

AUTOR
Dra. Ma.del Rosario Olivares Garcia

ASESOR
Dra. Blanca G. Flores Avalos
Médico de Comunicación Humana,
adscrito al servicio de Neurofisiología



México D. F. Marzo del 2003.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

INDICE

la Dirección General de Bibliotecas a lo
 a difundir en formato electrónico a los
 de mi trabajo en el área de
 NOMBRE: Ma. Del Rosario OLP
Vares García
 ID: 23-05-03


TEMA

PAGINA

Título	1
Hipótesis	1
Objetivo General	1
Objetivos Específicos	1
Tipo de estudio	1
Material	2
Método	2
Criterios de inclusión	3
Criterios de exclusión	3
Recursos Humanos	4
Recursos Materiales	4
Aportaciones	5
Hoja de exploración para pacientes preescolares	
Incluidos en protocolo de estudio.	6
Introducción	8
Marco teórico	10
Resultados	20
Discusión y conclusiones	22
Bibliografía	24

**TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN**

TESIS

DEPARTAMENTO QUE PROPONE: Diagnóstico – Neuropsicología Infantil

RESPONSABLE DE LA INVESTIGACION: Dra. Ma. Del Rosario Olivares García.

TUTOR: Dra. Blanca Flores Ávalos .

TITULO:

*DETECCION DE DISPRAXIA VERBAL EN NIÑOS PREESCOLARES DE 3 A 6 AÑOS QUE ASISTEN AL I.n.C.H. POR PRESENTAR RETARDO DE LENGUAJE

HIPOTESIS:

Los niños en edad preescolar con retardo de lenguaje que asisten al I. n. C. H. pueden cursar con dispraxia verbal concomitante.

OBJETIVO GENERAL:

Detectar la presencia de dispraxia verbal mediante la exploración neuropsicológica y neurológica de niños preescolares que acuden al I.n.C.H. para su atención por retardo de lenguaje.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- 1.-Hallar en los niños preescolares con retardo de lenguaje tratados en el I.n.C.H la presencia de dispraxia verbal.
- 2.-Describir a la dispraxia verbal como parte de la patología en algunos niños con retardo de lenguaje
- 3.-Determinar en que tipo de retardo de lenguaje es más frecuente encontrar la dispraxia verbal.
- 4.- Detectar a la dispraxia verbal como parte de los hallazgos encontrados mediante la exploración neurológica y neuropsicológica de rutina en los niños preescolares atendidos por retardo de lenguaje en el I.n.C.H.

TIPO DE ESTUDIO: Transversal y descriptivo.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

MATERIAL:

- 1.- Expedientes de pacientes preescolares que acuden al I.n.C.H. por presentar retardo de lenguaje.
- 2.- Hoja de exploración neurológica, con exploración específica de praxias orofaciales (verbales) para cada paciente investigado, tomada de la prueba ELCE (Exploración de lenguaje comprensivo y expresivo) Editorial CEPE, Madrid España. Autores: María José Gines, Angeles Redor Díaz, María Dolores Zurita y cols.
- 4.- Caja de exploración para pares craneales.
- 5.- Martillo para exploración de reflejos neurológicos.
- 6.- Lámpara para exploración de reflejos neurológicos.
- 7.- Una moneda, un globo, un malvavisco
- 8.- Hoja de recolección de datos.
- 9.- Base de datos.

METODO:

Se hará una selección tanto en la preconsulta como en la consulta de aquellos pacientes que ingresen al Instituto de la Comunicación Humana, con el diagnóstico de retardo de lenguaje anártrico o afásico en sus formas puras, es decir no en las presentaciones de estas patologías como síndromes mixtos, se citarán a estos pacientes para la realización de un cuestionario y una exploración neurológica completa y de praxias orofaciales de acuerdo a la edad de cada paciente, la cual consistirá básicamente en recolección de algunos datos personales como nombre, edad, número de expediente, grado en el cual están cursando el preescolar, tipo de retardo de lenguaje, la fecha en la que se está aplicando este exámen y algunos datos de interés que se expongan en el expediente. La exploración que se realizará a los pacientes consistirá principalmente en revisión de la integridad anatómica de los órganos fonoarticulatorios que intervienen en las praxias orofaciales, la exploración anatómica y funcional de los pares craneales, los reflejos que se deben de encontrar en la región de la cara, y por último se hará que el niño realice tanto espontáneamente, por imitación e indicación, las praxias orofaciales que el niño puede llevar a cabo de acuerdo con su edad. Posteriormente se analizará y sintetizará la información recolectada por lo menos en 30 pacientes con las características mencionadas en los criterios de inclusión y exclusión, se detectará

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

la frecuencia con la que la dispraxia verbal o también conocida con su sinónimo como dispraxia orofacial por algunos autores como Sharon Gretz, Bellinda Hill patologistas de lenguaje y algunos artículos de la revista Brain Cogn de 1995, así como la Asociación Apraxia Kids y la Asociación Australiana de Dispraxia; se puede hallar como concomitante o acompañante de los retardos de lenguaje y se intentará por medio de comparación en lo que se refiere a frecuencia de presentación, detectar el retardo de lenguaje en que es más frecuente, y comprobar lo que menciona la literatura sobre que esta patología sólo se presenta en retardo de lenguaje anártrico y que generalmente no la tiene el retardo de lenguaje afásico (Azcoaga, Alteraciones del aprendizaje escolar. Editorial Paidós). Se describirá la dispraxia orofacial mayormente encontrada, con la finalidad de que aquellos profesionales que se dedican a la detección de problemas de lenguaje busquen esta patología, para que en tratamiento a base de terapia específica se tome en cuenta la rehabilitación de las praxias orofaciales. Toda esta investigación tiene el propósito del beneficio para el paciente con retardo de lenguaje y dispraxia verbal u orofacial y su pronta rehabilitación.

CRITERIOS DE INCLUSION:

- 1.- Pacientes que acudan al I.n.C.H. para su atención por retardo de lenguaje de cualquier tipo.
- 2.- Pacientes femeninos o masculinos que cursen preescolar de manera regular.
- 3.- Pacientes que cuentan con evaluación previa por el servicio de neuropsicología o lenguaje.
- 4.- Pacientes cuyos padres autoricen la exploración neurológica posterior a su consulta regular en el servicio de lenguaje.
- 5.- Pacientes que no cuenten con enfermedad neurológica adyacente ya diagnosticada (parálisis cerebral infantil, disartrias, etc.)
- 6.- Pacientes con audición normal bilateral.
- 7.- Pacientes con rendimiento intelectual dentro de límites normales.

CRITERIOS DE EXCLUSION:

- 1.- Pacientes que no sean atendidos en el I.n.C.H.
- 2.- Pacientes que no tengan problemas de lenguaje.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- 3.- Pacientes que tengan alguna patología neurológica adyacente. (Parálisis cerebral, disartrias, etc.)
- 4.- Pacientes que no estén cursando preescolar de manera regular.
- 5.- Pacientes hipoacúsicos.
- 6.- Pacientes sin autorización previa de sus padres para realización de exploración neurológica y participación en este protocolo de estudio.
- 7.- Pacientes con deficiencia mental o problemas psiquiátricos.

RECURSOS HUMANOS:

Pacientes preescolares que acuden al I.N.c.H. por retardo de lenguaje.

Investigador.

Tutor.

RECURSOS MATERIALES.

Espacio físico para exploración e interrogatorio de los pacientes investigados.

Computadora.

Caja para exploración neurológica.

Cuestionarios

<p>TESIS CON FALLA DE ORIGEN</p>

FECHA DE INICIO PROGRAMADA. Enero del 2002

FECHA DE CONCLUSIÓN PROGRAMADA: NOVIEMBRE del 2002.

APORTACIONES:

Agregar algunos procedimientos a la exploración neurológica y neuropsicológica para detectar la presencia de dispraxia verbal y así optimizar el diagnóstico y tratamiento de estos problemas. Y así mismo determinar en que tipo de problema de lenguaje se presenta con mayor frecuencia. Otorgando de esta manera un instrumento útil en el cual se pueda llegar al diagnóstico de este problema y ofrecer un programa terapéutico específico y dirigido que otorgue al paciente la posibilidad de una rehabilitación más oportuna, precisa y pronta, realizando su programa de terapia con los elementos necesarios para ejercitar de manera correcta las praxias que intervienen en la expresión del lenguaje y mejorar de manera significativa este.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

HOJA DE EXPLORACIÓN PARA PACIENTES PREESCOLARES INCLUIDOS EN PROTOCOLO DE ESTUDIO SOBRE DISPRAXIA VERBAL.

NOMBRE:

EDAD:

EXPEDIENTE:

GRADO DE PREESCOLAR

TIPO DE RETARDO DE LENGUAJE:

FECHA DE EXAMEN:

OTROS DATOS DE INTERES:

1.- MUESTRA RECOLECTADA DE LENGUAJE ESPONTANEO:

2.- REVISIÓN DE INTEGRIDAD ANATOMICA DE LOS ORGANOS FONOARTICULATORIOS QUE INTERVIENEN EN LAS PRAXIAS OROFACIALES .

ORGANOS	SIGNOS	DESCRIPCIÓN
---------	--------	-------------

*LABIOS

*LENGUA

*DIENTES

*MANDIBULA

*PALADAR OSEO

*PALADAR BLANDO

*FRENILLO LABIOS

*FRENILLO LINGUAL

*CARRILLOS

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

OBSERVACIONES.

3.- EXPLORACIÓN ANATOMICA Y FUNCIONAL DE PARES CRANEALES:

I	VII
II	VIII
III	IX
IV	X
V	XI
VI	XII

4.- EXPLORACIÓN FUNCIONAL DE REFLEJOS NERVIOSOS.

5.- EXPLORACIÓN DE PRAXIAS OROFACIALES:

ÓRGANO	EDAD:	PRAXIAS:	EJECUCIÓN
LABIOS	3-4 AÑOS	FRUNCIR Y DISTENDER LABIOS CONTACTANDO. BESAR.	
	4-5 AÑOS	FRUNCIR Y DISTENDER LABIOS SIN CONTACTAR. MORDERSE EL LABIO INFERIOR CON EL SUPERIOR. MORDERSE EL LABIO SUPERIOR CON EL INFERIOR.	
	5-6 AÑOS	SOSTENER UNA MONEDA CON LOS LABIOS. LLEVAR LOS LABIOS DISTENDIDOS HACIA UNA Y OTRA COMISURA.	
LENGUA	3 AÑOS	SACAR LA LENGUA LLEVAR LA LENGUA HACIA LA DERECHA E IZQUIERDA.	
	4 AÑOS	LLEVAR EL APICE DE LA LENGUA DETRÁS DE LOS INCISIVOS SUPERIORES	
	5 AÑOS	CHASQUEAR LA LENGUA.	
	6 AÑOS	VIBRAR LA LENGUA	
MANDIBULA	3 AÑOS	ABRIR LA BOCA	
	4 AÑOS	CORRECTA MASTICACIÓN	
	5 AÑOS	MORDERSE EL LABIO SUPERIOR	
CARRILLOS	3 AÑOS	INFLAR MEJILLAS	
	4 AÑOS	INFLAR MEJILLAS SOPLAR.	

OBSERVACIONES.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

INTRODUCCIÓN

La neuropsicología como parte integrante de las ciencias que componen la comunicación humana, tiene a su cargo el estudio de múltiples patologías, con el firme propósito de encontrar la solución más pronta a estas, y que su rehabilitación sea más dirigida y se lleve en el menor tiempo posible, para beneficio de cada uno de los pacientes que presentan dichos problemas.

Uno de los problemas que en el Instituto de la Comunicación Humana es más frecuente, es el problema de lenguaje, es observado mayormente en niños, y de estos en la edad preescolar, mostrando diferentes tipos de retardo en el lenguaje, y diversas manifestaciones de este padecimiento en cada uno de los niños.

El conocimiento de todas las áreas que componen el lenguaje es ciertamente complejo, pero entre más sea la capacidad del explorador se le brindará a cada niño la oportunidad de tratar su problema de lenguaje de una manera más específica con una recuperación del mismo más pronta.

Uno de los componentes de la expresión del lenguaje que debe estar funcionando de manera óptima para que este se lleve a cabo es el correspondiente a las praxias, y de estas las orofaciales que intervendrán de manera directa con la expresión, o "lenguaje expresivo". La disfunción de las mismas, en cualquier grado de severidad, o en cualquier etapa del desarrollo del niño, dificultará de manera importante que este logre tener una expresión activación del lenguaje al nivel de lo esperado para su edad y esta imposibilidad del niño para comunicarse afectará otras áreas no sólo del lenguaje, sino otras, como el desarrollo social y afectivo del paciente, y más tarde de manera probable el rendimiento escolar.

Para poder ofrecer la terapia que el paciente requiere, se necesita el estudio exhaustivo y previo del médico en comunicación humana quien realizará los exámenes pertinentes para que el retardo de lenguaje sea bien determinado, así como no sólo este, sino toda anomalía detectada de manera concomitante o por exclusión de esta patología, para que toda actividad terapéutica sea hecha conforme a las necesidades específicas que presente el paciente con este problema. En las DISPRAXIAS OROFACIALES O LA DISPRAXIA VERBAL, (ya que ambos nombres en la literatura son revisados y mencionados como sinónimos), se requiere de su identificación por el médico, excluyendo otras anomalías, para conocer si realmente se trata de una dispraxia, al saber el explorador que se encuentra ante uno de estas anomalías, consignará en su diagnóstico la existencia del mismo y en su instrucción para el terapeuta indicará de manera precisa los ejercicios y programas que realizará el niño para afrontar rápidamente la dispraxia verbal, ayudando a la mayor integración del lenguaje de manera correcta y a la expresión del mismo, para que con mayor prontitud el paciente pueda referir mejoría.

Aún existe discusión entre varios investigadores si realmente existe la dispraxia verbal u orofacial en niños con problema de lenguaje, apoyando unos esta teoría y otros negándola rotundamente; por lo que se decidió realizar este protocolo para la investigación de este hecho, con el principal fin de brindarle a

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

cada uno de los pacientes preescolares que acuden a este Instituto para su tratamiento de problema de lenguaje una atención más integral, más completa, más dirigida, y con el mayor compromiso de parte del médico en comunicación humana de encontrar todas aquellas anormalidades que aquejen la vida de estos niños en relación a su lenguaje y específicamente a las praxias orofaciales, que pueden intervenir cuando no están siendo realizadas de manera correcta, con una duración mayor del problema, con un número mayor de las sesiones de terapia , con mayor gasto económico tanto para la familia del paciente como para los recursos de la Institución, ya que los programas rehabilitatorios no tendrán en cuenta que el paciente presenta estas displaxias y su terapia no se llevará a cabo como una parte importante de la rehabilitación por que no se conocerá la severidad de la afección de las mismas en el problema de lenguaje. Por ello los resultados de esta investigación nos hablarán de la existencia o inexistencia de esta patología como concomitante o acompañante del problema de lenguaje, así como nos mostrará cual es el problema de lenguaje en el que con más frecuentemente se presenta.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

MARCO TEÓRICO

Raúl Calderón González, autor del libro "El niño con disfunción cerebral", hace mención en uno de sus capítulos llamado "Trastornos del lenguaje hablado", aun apartado especial conocido como Disfasia del Desarrollo, en cual describe que a menudo los problemas de lenguaje hablado son desapercibidos sobre todo en la edad preescolar, ya que los límites entre la normalidad y el retardo de lenguaje pueden ser confusos, y mayormente cuando los niños con estos problemas han tenido algún factor agravante como una enfermedad prolongada o alguna hospitalización previa. En todas las edades los niños pueden entender más palabras y frases de las que puede emitir, por lo que se puede desarrollar una comprensión sustancial del el lenguaje hablado en ausencia de la habilidad para emitir palabras .

La etiología de la disfasia del desarrollo es variable en cada uno de los pacientes. Según Rapin en 1982 en un estudio llamado Children with brain dysfunction, realizado en Nueva York , dice que es poco probable que exista una sólo etiología o un solo mecanismo patogénico en este tipo de trastornos, sobre todo si consideramos la diversidad de las manifestaciones clínicas observadas en estos niños. En la actualidad no existe una definición universalmente aceptada de lo que constituye una disfasia del desarrollo. En general muchos autores aceptan que un niño tiene disfasia del desarrollo si su expresión y-o su comprensión del lenguaje hablado se juzga deficiente, siempre y cuando esto no sea explicable por un déficit auditivo, déficit motor, retardo mental, daño cerebral severo, trastorno emocional, o privación ambiental con inadecuada exposición al lenguaje. Evidentemente , de acuerdo con este concepto se llegaría a un diagnóstico sólo por exclusión.

Ludow menciona que los trastornos del lenguaje hablado del desarrollo pueden ser primarios o secundarios. Existe un trastorno primario (específico) cuando no esta presente ningún déficit sensorial (sordera), o cognitivo (deficiencia mental) que explique el desarrollo del retardo del lenguaje; entre los trastornos secundarios incluye los problemas del lenguaje del sordo congénito y del retrasado mental severo. Los trastornos específicos o primarios del lenguaje hablado constituirán la disfasia del desarrollo a la que nos estamos refiriendo en este momento. Estos trastornos pueden afectar tanto la comprensión como la expresión del lenguaje en distintos grados de intensidad y se pueden detectar por vez primera cuando el niño no puede hablar a los dos o dos y medio años de edad.

La clasificación DSM III de la Academia Americana de Psiquiatría (1980), incluye al trastorno del lenguaje del desarrollo, dentro de los trastornos específicos del desarrollo. Lo divide en dos grupos: a) Dificultad en la comprensión del lenguaje hablado (tipo receptivo), y b) Dificultad en la expresión hablado (tipo expresivo). El criterio diagnóstico que emplea esta clasificación es el siguiente:el trastorno del lenguaje del desarrollo (disfasia del desarrollo) tipo expresivo lo indica como déficit en el desarrollo de la expresión hablada (codificación) del lenguaje a pesar de una comprensión relativamente intacta del mismo y presencia

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

de lenguaje interno (la presencia de conceptos apropiados para la edad, tales como el entendimiento del propósito y empleo de objetos específicos en el hogar); el trastorno del lenguaje del desarrollo tipo receptivo lo indica como déficit en el desarrollo de la comprensión (decodificación) y de la expresión hablada (codificación). Tanto el trastorno receptivo como el expresivo no deben ser secundarios a un déficit de audición, traumatismo, retraso mental o trastornos autistas.

El lenguaje verbal es un sistema de representación simbólica utilizado por el ser humano para comunicar (transmitir) información. El habla es la forma más frecuentemente empleada para la expresión del lenguaje verbal y es el resultado de la planeación y ejecución de movimientos orales requeridos para su articulación. Lo niños con disfasia del desarrollo cometen errores en el empleo y comprensión de las palabras y pueden o no presentar errores en la articulación del habla.

Cuando el habla es ininteligible, la extensión del trastorno articulatorio y del trastorno del lenguaje a menudo es difícil de determinar. Las pruebas estandarizadas de la comprensión del lenguaje ayudan a la evaluación del desarrollo del lenguaje independientemente del déficit de la articulación del habla.

En Inglaterra se encontró por los investigadores Stevenson y Ritchman N que el 3% de los niños de tres años de edad presentaban déficit del lenguaje expresivo suficiente para requerir terapia antes de entrar a la escuela. En un estudio efectuado en la ciudad de Detroit por Allen y Bliss, en niños blancos de clase media entre 3 y 4 años de edad se encontró que el 8.5% de ellos estaba un año por abajo del rango normal para la edad según los resultados de pruebas estandarizadas del lenguaje.

Se han realizado por múltiples investigadores, varios intentos de clasificar a la disfasia del desarrollo en varias maneras. Aram y Nation hicieron el primer intento de clasificación utilizando pruebas formales del lenguaje y sometiendo los resultados de dichas pruebas al análisis de factores. Ellos integraron una pequeña batería de pruebas para valorar los aspectos semánticos sintáctico y fonológico de la comprensión, expresión e imitación del lenguaje, y fueron capaces de aislar 6 síndromes entre los 47 niños preescolares que investigaron con disfasia del desarrollo.

Con investigaciones de este tipo se espera poder definir perfiles neuropsicológicos para subgrupar a los niños ya sea con el propósito de aplicar un tratamiento o con fines de investigación. La importancia de pronosticar en la identificación de subgrupos con déficit en el lenguaje se ha demostrado al encontrar diferentes resultados en los niños de los 6 grupos mencionados al ser reexaminados 5 años después, por lo que se debe intentar subgrupar a los niños con disfasia del desarrollo de acuerdo con sus patrones de déficit en el lenguaje, sobre todo cuando se investigan los efectos de diferentes enfoques de tratamiento.

En la actualidad no existe una clasificación universalmente aceptada de la disfasia del desarrollo, aunque se está de acuerdo en la existencia de más de un tipo de disfasia.

Allen y Rapin han descrito seis síndromes de disfasia del desarrollo, basándose en un modelo combinado afasiológico y psicolingüístico que se enfoca

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

en patrones de déficit en la decodificación, codificación y procesamiento en los niveles lingüísticos : fonológico (comprensión y producción de los sonidos del habla), sintáctico (organización de las palabras en oraciones bien estructuradas), semántico (selección de palabras de las categorías adecuadas para que transmitan un mensaje con significado apropiado) y pragmático (aplicación en una conversación, iniciación de la comunicación, tomar turnos, solicitar información, hacer comentarios, etc.)

Es esencial el estudio analítico de las características lingüísticas del lenguaje receptivo y expresivo del niño diafásico, pues este conjunto de características servirá para delinear el perfil del trastorno de lenguaje en el niño, el cual será la base para establecer el diagnóstico, pronóstico y sobre todo el diseño de las técnicas habilitatorias que se deberán seguir en la escuela, en el ambiente familia y en la terapia específica. .

Trastornos del lenguaje hablado

SÍNDROMES DE DISFASIA DEL DESARROLLO SEGÚN ALLEN Y RAPIN .

A.- Trastornos que afectan tanto la comprensión como la expresión con déficit articulatorio.

1.- Síndrome de agnosia auditiva verbal (sordera de las palabras).

Entiende muy poco o nada; es mudo o con déficit severo en la fluidez y articulación.

2.- Síndrome de déficit mixto expresivo-receptivo (fonológico-sintáctico).

Déficit en la comprensión , pero mejor que en la expresión, habla en oraciones cortas e incompletas y con déficit articulatorio.

B.- Trastornos en la expresión con comprensión normal .

3.- Síndrome de dispraxia verbal.

Mudo o con déficit severo en la fluidez y en la articulación del habla.

4.- Síndrome de déficit en la programación fonológica.

Fluido pero con muy pobre articulación.

C.- Trastornos del procesamiento y formulación central (con articulación adecuada).

5.- Síndrome de déficit léxico-sintáctico.

El lenguaje espontáneo es mejor que el solicitado, la sintaxis es inmadura y hay déficit en la evocación de palabras.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

6.-Síndrome de déficit semántico-pragmático.

Verborreico, déficit en el empleo del lenguaje en conversación y en la comprensión del discurso, perseveración, ecolalia inmediata o tardía frecuente, no presenta déficit sintáctico.

DISPRAXIA VERBAL

Según Allen y Rapin es un síndrome el cual se caracteriza por una expresión verbal extremadamente deficiente, disfluida con severo déficit en la articulación, asociada a una comprensión adecuada del habla; llama la atención la discrepancia entre la expresión que esta muy afectada y la comprensión que es buena. Los déficit oromotores que pudieran estar presentes no explican la restricción tan severa del habla. Las emisiones del habla son cortas y con gran esfuerzo. El déficit en la expresión fluctúa de un estado de casi mutismo a la capacidad de articular palabras y oraciones cortas, pero lo que enuncia esta distorsionado por completo debido a errores en las secuencias articulatorias, lo que hace virtualmente ininteligible el habla excepto para los miembros de la familia inmediata, quienes sirven como interpretes. Estos niños pueden producir sonidos del habla en forma aislada, pero no de manera adecuada dentro del contexto de una palabra. Algunos niños desarrollan un lenguaje rico gestos y mimica y se benefician del lenguaje de señas y de la lectura. Este síndrome aparentemente no ocurre en niños autistas.

En la literatura descrita por el Dr. Sazón Gubbay podemos encontrar de una manera más amplia, referencias acerca de este síndrome, hallando información más reciente y completa acerca de la evolución a través del tiempo de la discrasia verbal y como ha sido calificada por una serie inmensa de profesionistas, así como de las repercusiones de la misma en la vida de los niños que la padecen.

Iniciaremos con un breve recuento histórico de este síndrome.

HISTORIA

El desarrollo de la discrasia verbal ha sido reconocido por médicos, trapistas y otros científicos desde hace un siglo, cuando Collier primero describió un síndrome llamado "torpeza congénita". En 1937 el Dr. Samuel Orton declaró a este síndrome como uno de los seis desordenes del desarrollo más comunes, caracterizado por daño en las praxias. Desde ese tiempo esta patología ha sido estudiada por muchos científicos como A. Jean Ayves , en 1972, quien describió a este síndrome como un desorden en la integración sensorial, o el Dr. Sasson Gubbay en 1975 habló de este síndrome como "torpeza en el niño".

Otros lo describen como debilidad en el desarrollo en el estado de alerta, como disfunción sensorimotora , disfunción cerebral mínima, desorden de la secuencia motora y más recientemente desarrollo del desorden de la coordinación. El World Health Organisation , lo describe como desarrollo

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

especifico del desorden de la función motora. Gradualmente a través de los años los profesionistas han incrementado su capacidad de seleccionar los síntomas que pertenecen exclusivamente a identificar este desorden.

Se ha estudiado más en Nueva Zelanda este término de "Dispraxia", observando dificultades en el procesamiento de los actos motores en los niños estudiados por ellos ; fueron observando la presencia de afección en algunas áreas del desarrollo de manera persistente como son la dificultad en la planeación motora, reportándose cada día más casos de niños con este problema.

DEFINICIÓN

El desarrollo de la dispraxia (conocido también como desarrollo del desorden de la coordinación y síndrome de torpeza en la niñez), esta basado neurologicamente en el desorden del proceso que involucra las praxias , la planeación de los movimientos , así como el aprendizaje de otros movimientos y su ejecución. Más específicamente este desorden de las praxis involucra al proceso de ideación (formación de una idea usando el conocimiento prearchivado), la planeación motora (planear la acción necesaria de la idea archivada), y la ejecución (del movimiento previamente planeado).

La dispraxia pueda afectar una o todas las áreas del desarrollo (física, intelectual, emocional, social, del lenguaje y sensorial), y puede dañar el proceso normal del aprendizaje. Esto no es un desorden único. Afecta a las personas en diferentes edades y estados del desarrollo, así como en diferentes grados. Este síndrome es inconstante. En algunos niños puede pasar desapercibido este problema o permanecer escondido bajo otras patologías. En muchos niños afectados la dispraxia ocurre como parte de condiciones neurológicas que presentan síntomas comunes que pueden ser confundidos , por lo que la definición exacta de este síndrome causa cierto grado de dificultad. En Nueva Zelanda, el seguimiento se hace en forma internacional y multidisciplinaria, y en la conferencia sobre dispraxia realizada en 1997, se trató de realizar las bases para determinar no sólo una definición sino el diagnóstico.

INCIDENCIA

La World Healt Organisation States en su Diagnostic an Statistics Manual IV , reporta que los afectados son el 6% de todos los niños , esto en varios grados. Otros investigadores estiman una variación entre 10 a 20 % . Confirmado en Nueva Zelanda como un número mayor de 10 5 de niños que padecen dispraxia, siendo aún insuficiente los estudios para tener la plena certeza de un número o porcentaje exacto.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ETIOLOGÍA

Se ha supuesto en algunos estudios que el problema puede iniciarse desde la gestación (aproximadamente en el sexto mes), debido al crecimiento incompleto de algunas neuronas; entonces, la futura información sensorial puede tener algún daño, ya que como sabemos las células nerviosas "neuronas", no se regeneran.

El desarrollo neuronal debe de completarse de l manera más correcta posible, sus axones, dendritas y conexiones deben tener una total integridad. Se supone que el desarrollo completo de estas estructuras principalmente en las áreas del hemisferio derecho es necesaria para la realización de praxias, las neuronas deben estar en suficiente número y con las suficientes interconexiones, hacia como extender sus axones y dendritas hacia el destino correcto, en el tiempo apropiado. Hay dos clases de neuronas, unas que envían mensajes a el cerebro (sensoriales), y otras que envían mensajes desde el cerebro (motoras).

Alrededor de los 3 meses de edad, los axones inician el desarrollo de un aislante especial llamado mielina, los mensajes a través de estos son enviados de manera eficiente, la mielinización el aumento de dendritas y sinapsis continua en incremento a través de la vida, aumentando cada vez más debido a las demandas del medio ambiente así como del aprendizaje continuo.

Toda conexión o interconexión anómala, ya sea por un numero menor de neuronas, inadecuada organización, destino incorrecto, o lesión puede causar un trastorno en el hemisferio afectado o en cualquier parte del cuerpo a donde se dirijan estos axones.

PRAXIS

Del griego praxis=proceso de movimiento. Las praxias son una destreza que realizan los humanos, es un eslabón entre el cerebro y la conducta motora, es el paso entre la planeación de un movimiento y la acción, tiene que llevarse a cabo la formulación de una idea (ideación), conocer lo que se realizará (planeación motora), y finalmente llevar a cabo una acción (ejecución). Las praxias son la habilidad de organizar nuestras actividades y crear nuevas no automáticamente.

IDEACIÓN

Cuando nosotros realizamos una actividad, esto es semejante a acomodar una serie de bloques, pero para que esto se lleve a cabo tenemos que observar y primero explorar, recolectar al mismo tiempo información sensorial, como ver, oler, probar, sentir etc. (sentir por ejemplo si es sólido o blando, grande o pequeño, si el objeto viene o va, si se balancea etc.). Cuando toda la información y las

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

experiencias han sido exploradas y almacenadas en un nuestro cerebro (si el lóbulo frontal esta bien desarrollado), nosotros podemos recobrar y usar ese conocimiento y esa experiencia para formular una idea de cómo activar esos bloques, realizarse un propósito semejante a trazar un camino, una ruta a seguir o un puente, es decir planear la acción que se necesita.

PLANEACION MOTORA

La planeación motora se lleva a cabo en el lóbulo parietal del cerebro, ahí se recibe la idea , ahí se realizale plan de la posición del cuerpo, de la contracción o relajación de músculos de cara , brazos, piernas etc. Y la secuencia de cada uno de los pasos a seguir y su dirección, ahí se retoma la información sensorial y experiencia necesaria para cada bloque.

Algo muy importante es la planeación que se realiza de la secuencia que siguen los músculos para realizar cierto trabajo o acción, al igual que si el cuerpo requiere quedarse inactivo. Cuando este plan se realiza, es porque los mensajes enviados se han convertido en acción.

EJECUCIÓN

Los músculos pueden solo contraerse o relajarse y para cada músculo existen fibras nerviosas que envían mensajes desde y para el cerebro de manera eficaz, enviando su acción a realizar, así como la secuencia que estos músculos deben seguir, posterior a tener la planeación motora, la información sensorial, se procesará y se convertirá en una acción.

El medio ambiente es interdependiente. La ideación, la planeación motora, y la ejecución son dependientes entre sí, retomando siempre el conocimiento previo (gnosias), que son obtenidas d la información sensorial, y todas ellas son dependientes de mensajes que nacen desde el hemisferio derecho. El desarrollo de las praxias es justamente el desarrollo de una habilidad. Para que se realice de manera adecuada tiene que haber un incremento cada vez mayor d las conexiones interneuronales. Los animales no realizan praxias.

Los niños normales inician gradualmente el desarrollo de las praxias, realizando primero movimientos incontrolados, intentando movimientos ya con el contenido de un propósito, y con avances importantes durante el juego. Sus

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

acciones son cada vez más controladas por un propósito predeterminado, al observar a su madre, al jugar, hay algunas planeaciones motoras, iniciando así las praxias, en las que se ve envuelto a diario. La acción es reflexiva, casual, accidental o automática.

Cuando un niño aprende a hablar, tiene que organizar una serie de músculos, (músculos orofaciales y de la respiración), con la producción de un control correcto de un conjunto de sonidos y de la adecuada secuencias de estos, así como realizarlos en el tiempo apropiado, realizarlos por imitación y cuando los hace, que tengan un propósito predeterminado. El uso del lenguaje tiene que tener la habilidad de organizar perfectamente sus pensamientos, tiene que tener la capacidad de recordar (buena memoria), la secuencia de movimientos de cada uno de los músculos que requerirá para expresar esos pensamientos, y el significado de cada sonido, así como la producción de estos, saber si se pueden repetir etc, a este tipo de praxis son a las que se llaman praxias orofaciales o verbales.

DISPRAXIA

La dispraxia es un desorden de las praxias pueden estar alteradas ya sea en la información sensorial recibida, la ideación, la planeación motora, la ejecución, todo aquello que no produzca el resultado correcto del movimiento. La información no es recolectada, procesada, almacenada o transmitida, clasificada correctamente o se almacena en un lugar incorrecto, la planeación motora puede ser incompleta, o puede haber una conexión incorrecta entre las fibras nerviosas de los músculos en el momento de la ejecución, cualquier problema de los mencionados produce un defecto en las praxias, en un vasto numero de posibles sitios de inadecuado funcionamiento. No se sabe del puento exacto que esta afectado, ni que parte del procedimiento. La dispraxia no es una enfermedad que no puede recuperarse, pero se debe de tomar en cuenta que es una patología de base neurológica de tipo periférico y central.

La dispraxia no es un desorden unitario (refiriéndose a unitario a que cada individuo que la presenta, tendrá la misma sintomatología). Cada niño es afectado en diferente forma y en diferentes grados. Cada niño presenta diferentes síntomas porque es afectado en diferentes áreas.

Se debe de diferenciar la dispraxia del desarrollo dela dispraxia adquirida, ya que su causa y tratamiento son distintos.

CAUSAS

La dispraxia no es resultado de una paresia o de una parálisis muscular o daño primario en la sensibilidad, deformidad anatómica, y no debe haber anomalías en el examen neurológico. Puede ser adquirida por un golpe, un accidente o u problema médico en el cerebro, con frecuencia no hay un

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

antecedente previo, hay problema para recordar el procedimiento de las praxias, y sin embargo el problema puede ser consecuencia del curso normal del desarrollo.

Ocurre generalmente en los primeros años afectando el desarrollo normal de los niños y puede ser una tendencia hereditaria similar aun desorden neurológico.

Otra causa, puede aparecer durante el nacimiento, siendo por alguna enfermedad poco específica, un traumatismo leve, una deficiencia momentánea de oxígeno, siendo crucial el tiempo en el que el recién nacido pase por estas situaciones, por la afección de las neuronas durante estos hechos, también puede ser por problemas específicos de las dendritas, sinapsis o neurotransmisores. Puede haber otras patologías agregadas como por ejemplo, la parálisis cerebral infantil, dislexia, problemas de déficit de atención e hiperactividad, problemas de aprendizaje y de lenguaje. Estos factores pueden dificultar el diagnóstico, los síntomas pueden deberse a varias patologías, y en otros casos se desconoce la causa y aun se esta investigando.

EVALUACIÓN Y DIAGNOSTICO

El diagnóstico no depende de la severidad del daño motor, pero sí de las demandas del medio ambiente, la aceptación social, la tolerancia al error y el estado emocional del niño. Los problemas que involucran lo automático no tienen que ver con las praxias. La dispraxia en los niños puede ser un problema familiar. La mejor manera de evaluar es observar la manera en que el niño se expresa y tener el conocimiento de la existencia de la dispraxia orofacial (en el caso de este estudio). Hay diferentes test usados por los médicos, los terapeutas, psicólogos y maestros. Los cuales son usados en diferente forma con el mismo propósito. Las praxias afectan diferentes funciones en el cuerpo, una evaluación completa es complicada, por lo tanto se debe aislar a la dispraxia de otros padecimientos, siendo un diagnóstico de exclusión y deben de ser muy bien precisado los signos y síntomas buscados, aunque no debemos descartar que puede presentar como una patología única o aislada (muy raramente), el diagnóstico puede dificultarse importantemente.

TRATAMIENTO

La múltiple naturaleza de la dispraxia hace reconocer que se requiere la terapia de varias áreas que pueden estar afectadas y que pueden incluir la percepción, y acción motora (terapia de integración sensorial), terapia del habla y de lenguaje, rehabilitación matemática, lectura y escritura, ortografía, manipulación, modificación de conducta y tratamiento del entorno social y de otros desordenes concomitantes. Lo importante del tratamiento de las praxias es ayudar al niño a planear las rutas o caminos a seguir para la ejecución de la acción a través de cosas familiares. La ayuda se debe prestar en todo el trayecto y

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

desarrollo del plan premeditado. Cada tratamiento se hará de manera individual, según la patología de cada niño, y este plan será revisado y modificado frecuentemente.

La terapia ocupacional es usada en el sur de California basadas en Tes, y técnicas de integración sensorial y test d evaluación en los niños, con esto se ayuda a integrar y reforzar la información general recibida por los sentidos y que puede ser almacenada y requerida según se necesite. Estas técnicas también ayuda a organizar la información sensorial y ha usar esta información para realizar un plan y llevar a cabo una acción.

Los terapeutas de lenguaje y habla ayudan a los niños a controlar los músculos del lenguaje y a controlar los sonidos que pueden que pueden producir con ello, a realizar un plan de lenguaje, a aprender conceptos usando diversas estrategias y a su vez realizando muchas conexiones que posteriormente ayudaran a realizar juicios.

Los psicólogos evalúan el desarrollo cognitivo y la habilidad y potencial de aprendizaje y la terapia cognitiva ayudará al niño a aprovechar la información general , los conceptos almacenados. Los terapeutas detectaran y ayudaran en los problemas de coordinación motora fina, basándose sobretodo en el fuego.

Los maestros detectaran problemas de aprendizaje y ayudaran a los niños específicamente según su mayor dificultad (lectura, escritura, matemáticas etc.), esto lo harán específicamente con ejercicios designados por el terapeuta y basados en la integración sensorial y usando técnicas y métodos individuales y no para todo el grupo. Lecciones que ayuden al niño a aprender y retener información proveniente de mensajes de ambos hemisferios.

Otro especialista que interviene es el oftalmólogo el cual identificara problemas para el control motor de los músculos oculares y recomendar la realización de ejercicios que ayudan al niño con este problema. Esta patología es sospechada por el análisis dela copia que realizan los niños sobre todo cuando es del pisaron.

Un trabajador social puede ayudar al niño y a su familia a desarrollarse de manera adecuada dentro de la sociedad.

Los padres serán el enlace entre el médico, trapista, maestro, trabajador social , psicólogo y la coordinación entre todos ellos, el informara del proceso o fracaso de los métodos utilizados y de los factores que actualmente estén interfiriendo en la terapia.

El médico se encargará de realizar los diagnósticos concomitantes y excluir otros así como el tratamiento de los mismos y hacer la revisión periódica del niño con discrasia para evaluar el progreso o si no lo hay buscar las alternativas necesarias para ayudar a cada niño de manera individual y efectiva.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

RESULTADOS

Se recolectó una muestra de 30 pacientes los cuales tenían como característica estar atendidos en el Instituto de la comunicación humana por presentar retardo de lenguaje anártrico o afásico y que tenían una edad comprendida entre los 3 a los 6 años, y cursaban de manera regular el preescolar. No se tomó en cuenta el sexo como factor determinante, sin que por esto la muestra no se analice respecto a ello, los pacientes se fueron recolectando conforme se fue presentando la oportunidad de agregarlos a la investigación. Tampoco hubo una selección previa del tipo de retardo de lenguaje (anártrico o afásico), sino que se agregaron a la investigación de acuerdo a la cantidad y frecuencia en que los pacientes con ese tipo de retardo de lenguaje se presentan a la consulta y preconsulta del Instituto.

A todos se les realizó un examen neurológico completo, y la exploración de las praxias orofaciales que de acuerdo a su edad les correspondía. Se agregaron datos adicionales como comentarios de los padres, sobre la realización de estas praxias de manera espontánea.

De los 30 pacientes que conformaron la muestra se halló: 23 pacientes con retardo de lenguaje anártrico, de los cuales 8 tenían 3 años, 6 tenían 4 años, 9 tenían 5 años, y ninguno de 6 años. El resto de pacientes, osea 7, presentaron retardo de lenguaje afásico, de los cuales 3 tenían 3 años., 2 tenían 4 años, y 2 tenían 5 años, tampoco se presentó ninguno de 6 años.

De los niños que tenían retardo de lenguaje anártrico y 3 años (8), 1 de ellos presentó dispraxia orofacial, de 4 años (6), 2 la presentaron, de los niños de 5 años (9), 3 presentaron dispraxia orofacial. De los niños con retardo de lenguaje afásico, 7 en total, los niños de 3 años(3) , uno presentó dispraxia orofacial. De los de 4 años (2) 1 presentó dispraxia orofacial, de los de 5 años (2), 1 presentó diapraxia orofacial.

DE ACUERDO A PORCENTAJES TOMANDO EN CUENTA EL TIPO DE RETARDO DE LENGUAJE SE ENCONTRO:

	TOTAL	%	CD		SD	
			No.	%	No.	%
Retardo de lenguaje anártrico	23	76.66	6	26.08	17	73.91
Retardo de lenguaje afásico	7	23.33	3	42.88	4	42.85

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

SEGÚN EDAD:

	TOTAL		CD		SD	
	No.	%	No.	%	No.	%
3 AÑOS	11	36.66	2	18.18	9	81.81
4 AÑOS	8	26.66	4	50.00	4	50.00
5 AÑOS	11	36.66	4	36.36	7	63.63
6 AÑOS	0	0	0	0	0	0

SEGÚN EDAD Y TIPO DE RETARDO DE LENGUAJE:

ANARTRICOS:	TOTAL		CD		SD	
	No.	%	No.	%	No.	%
3 AÑOS	8	34.78	2	25.00	6	75.00
4 AÑOS	6	26.08	2	33.50	4	66.66
5 AÑOS	9	39.13	3	33.33	6	66.66
6 AÑOS	0	0	0	0	0	0

AFÁSICOS	TOTAL		No.		%	
	No.	%	No.	%	No.	%
3 AÑOS	3	42.85	1	33.33	2	66.66
4 AÑOS	1	14.28	1	100.00	0	00.00
5 AÑOS	3	42.85	1	33.33	2	66.66
6 AÑOS	0	0	0	0	0	0

SEGÚN SEXO Y RETARDO DE LENGUAJE

ANARTRICOS	TOTAL		No.		%	
	No.	%	No.	%	No.	%
FEMENINOS	11	47.82	4	36.36	7	63.63
MASCULINOS	12	52.17	2	16.66	10	83.33

AFÁSICOS	TOTAL		No.		%	
	No.	%	No.	%	No.	%
FEMENINOS	3	42.85	2	66.66	1	33.33
MASCULINOS	4	57.14	1	25.00	3	75.00

CD= CON DISPRAXIA VERBAL U OROFACIAL
SD= SIN DISPRAXIA VERBAL Y OROFACIAL

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

DISCUSION Y CONCLUSIONES

De acuerdo a los resultados obtenidos en nuestra investigación, podemos observar que en la muestra obtenida de 30 pacientes, tomados aleatoriamente, encontramos que el retardo de lenguaje que mayormente se presenta en los niños atendidos en el I. n. C. H. es el retardo de lenguaje anártrico, coincidiendo esto con la literatura; y sólo una proporción más pequeña presentaron retardo de lenguaje afásico, incluyéndoles en el protocolo aunque en la revisión bibliográfica realizada previamente encontramos referido que la dispraxia verbal u orofacial no se presenta usualmente en este tipo de retardo de lenguaje. Al observar nuestros resultados, encontramos que en los niños preescolares con retardo de lenguaje anártrico, se halló como concomitante la dispraxia verbal u orofacial en un 26%, que se corrobora con la literatura (Azcoaga, alteraciones del aprendizaje en el niño), ya que no es una patología que siempre acompañe a este tipo de retardo de lenguaje pero que tampoco se debe de excluir ya que representa un porcentaje real en los niños examinados, siendo importante en cuanto se refiere a la rehabilitación de estos seis niños que la presentaron. Al analizar a los niños preescolares con retardo de lenguaje afásico hallamos que la dispraxia verbal u orofacial se presentaba en un 48.88% de ellos, siendo esto contrario a lo que la bibliografía reporta ya que se dice que la dispraxia verbal u orofacial es más bien un problema de la expresión del lenguaje y no a nivel del lenguaje receptivo, mencionándose que lo que ocasionalmente se manifiesta como dispraxia verbal u orofacial puede ser falta de comprensión en la orden o la imitación del movimiento que se le pide al niño que realice y no a una alteración en la coordinación del procesamiento que se lleva a cabo para realizar una praxia. Sin embargo analizando detenidamente que las praxias no solo son su parte final que es la realización del movimiento, si no que se lleva a cabo un proceso cognitivo dinámico previo a realizarla, como lo es la ideación, la planeación motora la integridad de la información sensorial recibida, y que si esto falla, la información no es recolectada, procesada, almacenada, clasificada correctamente o se almacena en un lugar incorrecto, la planeación motora puede ser incompleta o puede haber una conexión incorrecta entre las fibras nerviosas, produciéndose un defecto en las praxias. Se debe recordar que la dispraxia es una patología de base neurológica de tipo periférico y central. Al igual que no es un desorden unitario (es decir, es diferente en cada individuo que la presenta así como el grado de la misma). Por lo tanto pensamos que no se debe excluir la posibilidad de que la dispraxia verbal u orofacial se presente en el retardo de lenguaje afásico.

La evaluación de los niños por edad reportó que la presencia de dispraxia verbal u orofacial es más común en los niños de 3 y 5 años, siendo esto posiblemente porque los padres acuden con mayor frecuencia para la atención de estos problemas cuando el niño deja de ser un lactante y se empiezan a observar que el desarrollo de su lenguaje va en desproporción en relación con otros niños y a los cinco años porque existe la tensión de que el niño preescolar esta a punto de ingresar a un nivel escolar mayor (primaria), y que es necesario para su desarrollo cognoscitivo y sobre todo en lo que a lectoescritura se refiere, que su lenguaje sea lo más inteligible posible.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

En el retardo de lenguaje anártrico lo más común fue encontrar niños preescolares de 4 y 5 años sin dispraxia verbal u orofacial más no podemos pasar de largo que un porcentaje aunque menor, que es importante si la presentó, por lo que debe ser considerado, ya que será de peso para rehabilitación integral de los niños. En los niños con retardo de lenguaje afásico también observamos que los niños preescolares de 3 y 5 años fue mayor en porcentaje de los que no presentaron dispraxia verbal u orofacial, pero menor en comparación con los de retardo de lenguaje anártrico.

Los porcentajes de niños de 3 y 5 años con retardo de lenguaje afásico y dispraxia verbal u orofacial son significativos, sobre todo al valorar que la literatura no considera a la dispraxia verbal u orofacial como concomitante de este tipo de retardo de lenguaje. Es conveniente referir que en los niños con retardo de lenguaje afásico de 4 años la proporción de dispraxia verbal u orofacial fue mas importante, pero no se debe de pasar por alto que puede interferir en el resultado la poca cantidad de pacientes con este tipo de retardo de lenguaje y esa edad.

Al analizar a los niños de acuerdo a su tipo de retardo de lenguaje y sexo encontramos que en los preescolares con retardo de lenguaje anártrico era mayor la cantidad de pacientes masculinos que femeninos y de ellos hubo más masculinos con presencia de dispraxia verbal u orofacial, siendo casi la misma cantidad de pacientes femeninos y masculinos con este tipo de retardo de lenguaje. En el retardo de lenguaje afásico se observó que se presenta una mayor cantidad de pacientes masculinos, al igual que en el retardo de lenguaje anártrico, pero a diferencia de este en los pacientes femeninos se presentó con mayor frecuencia la dispraxia verbal u orofacial, siendo diferente totalmente de la literatura actual y previamente revisada en la bibliografía anexa, así como en el marco teórico previo.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

BIBLIOGRAFÍA

PETER JM, BARNETTAL, HENDERSON SE. CLUMSINESS, DYSPRAXIA AND DEVELOPMENTAL CO-ORDINATION DISORDER: HOW DO HEALTH AND EDUCATIONAL PROFESSIONALS IN THE UK DEFINE THE TERMS?. CHILD CARE HEALTH DEV 2001: SEP; 27(5):399-412.

SHRIBERG LD, AUSTIN D, LEWIS BA, MCSWEENEY JL, WILSON DL. THE SPEECH DISORDERS CLASSIFICATION SYSTEM (SDCS): EXTENSIONS AND LIFESPAN REFERENCE DATA. J. SPEECH LANG HEAR RES 1997 AUG; 40(4):723-40.

JOHNSON JS, LEWIS LB, HOGAN JC. A PRODUCTION LIMITATION IN SYLLABLE NUMBER : A LONGITUDINAL STUDY OF ONE CHILD'S EARLY VOCABULARY. J. CHILD LANG 1997. JUN; 24(2):327-49.

PAUL R, JENNINGS P. PHONOLOGICAL BEHAVIOR IN TODDLERS WITH SLOW EXPRESSIVE LANGUAGE DEVELOPMENT. J SPEECH HEAR RES 1992 FEB; 35(1):99-107.

KRISTINE STRAND. DEVELOPMENTAL VERBAL DYSPRAXIA: A PHONOLOGICAL APPROACH. MARCH 12, 2001

THOONEN G, MAASSEN B, GABREELS F, SCHREUDER R. FEATURE ANALYSIS OF SINGLETON CONSONANT ERRORS IN DEVELOPMENTAL VERBAL DYSPRAXIA (DVD). J. SPEECH HEAR RES 1994 DEC;37(6):1424-40.

MIYAHARA M, MOBS I. DEVELOPMENTAL DYSPRAXIA AND DEVELOPMENTAL COORDINATION DISORDER. NEUROPSYCHOL REV 1995 DEC;5(4):245-68.

VELLEMAN SL. THE INTERACTION OF PHONETICS AND PHONOLOGY IN DEVELOPMENTAL VERBAL DYSPRAXIA: TWO CASE STUDIES. CLIN COMMUN DISORD 1994 MAR;4(1):66-77.

RAAIJMAKERS MF, DEKKER J, DEJONCKERE PH. DIAGNOSTIC ASSESSMENT AND TREATMENT GOALS IN LOGOPEDICS:IMPAIRMENTS, DISABILITIES AND HANDICAPS. FOLIA PJNIATR LOGOP 1998;50(2):71-9.

DEWWY D. WHAT IS DEVELOPMENTAL DYSPRAXIA?. BRAIN COGN 1995 DEC;29(3):254-74.

UNIVERSITY OF SIDNEY.AUSTRALIAN DYSPRAXIA SUPPORT GROUP S RESOURCE CENTRE LINPO BOX 519. SOUTH WINDSOR NSW 2750. SPECH

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

PATHOLOGIST-COMMUNICATION DISORDER TREATMEN AND RESEARCH. CLINIC:PAG. 1-8.

NEW ZEELAND.DYSPRAXIA SUPPORT GROUP. CHILDREN'S SPEECH SOUND DISORDERS. SINCE JUNE 2001, PAGE UPDATED 01 JANUARY, 2001 PAGE 6-11.

STACKHOUSE J.DEVELOPMENTAL AND VERBAL DYSPRAXIA: A REVIEW AND CRITIQUE. EUROPEAN JOURNAL OF DISORDERS OF COMMUNICATION. 1992(27)1,19-34.

STACKHOUSE J. DEVELOPMENTAL AND VERBAL DYSPRAXIA: A LONGITUDINAL CASE STUDY. IN CABELLE,R. (ED) MENTAL LIVES. CASE STUDIES IN COGNITION. BLACKWELL.

CRARY, M. (1993). DEVELOPMENTAL VERBAL DYSPRAXIA: A LONGITUDINAL CASE STUDY. IN R. CAMPBELL(EDS), MENTAL LIVES (PP.84-98). CAMBRIDGE, MA: BALCKWELL PUBLISHERS.

HALL,P. JORDAN,J. ROBIN D. (1993). DEVELOPMENTAL APRAXIA OF SPEECH. AUSTIN TX:PRO. ED.

VALLEMAN , SL, STRAND K. (1994). DEVELOPMENTAL VERBAL DYSPRAXIA. IN J.E. BERNTHAL N.W. BANKSON. CHILD PHONOLOGY:CHARACTERISTICS, ASSESSMENT, AND INTERVENTION WITH SPECIAL POPULATIONS (PP110-139). NEW YORK: THIEME MEDICAL PUBLISHERS,INC.

DWORKIN PH. SCREENING DEL DESARROLLO: ESPERAR LO IMPOSIBLE?. PEDIATRICS (ED ESP) 1992; 33:309-311.

GLASCOE FP. ES POSIBLE MEDIANTE SIMPLE CRITERIO CLINICO DETECTAR LOS NIÑOS CON PROBLEMAS?.PEDIATRICS (ED ESP). 1991; 31:184.

BENNETT FC, GURALNIK MJ.EFICACIA DE LA INTERVENCION SOBRE EL DESARROLLO EN LOS PRIMEROS CINCO AÑOS DE VIDA. CLIN PED NA (ED ESP)1991;6:1553-1569.

DILKS SA. ASPECTOS DEL DESARROLLO EN LOS SISTEMAS DE ATENCIÓN DEL NIÑO.CLIN PED NA 1991;6:1571-86.

BRUNER,J.LA PARLA DELS INFANTS.VIC, EUMO EDITORIAL 1985.

GOLZE,B. Y BURZSTEJN,C. PENSAR, HABLAR Y PREPRESENTAR. BARCELONA. MASSON S.A. 1992.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

INGRAM, T.T.S. A DESCRIPTION OF CLASSIFICATION OF COMMON DISORDERS OF SPEECH IN CHILDHOOD. ARCH DIS CHILDREN 34, 444.

RAUL CALDERON GONZALEZ. EL NIÑO CON DISFUNCIÓN CEREBRAL. TRASTORNOS DE LENGUAJE, APRENDIZAJE Y ATENCIÓN DEL NIÑO. TRASTORNOS DEL LENGUAJE HABLADO. 1990 ED. LIMUSA S.A DE C.V.

J.E. AZCOAGA, J.A BELLO. LOS RETARDOS DE LENGUAJE EN EL NIÑO. RETARDO DE LENGUAJE ANARTRICO Y AFÁSICO. VOLUMEN 5. ED. PAIDOS.

JUAN NARBONA. EL LENGUAJE DEL NIÑO. DESARROLLO NORMAL, EVALUACIÓN Y TRASTORNOS. ED. MASSON S.A.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN