



3  
24 11226

# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

ISSSTE

Unidad Académica Clínica Gustavo A. Madero

DETECCION DE LAS ALTERACIONES DEL DESARROLLO  
DEL LENGUAJE EN NIÑOS DE 3 A 5 AÑOS EN  
ESTANCIAS INFANTILES DE LA SUBDELEGACION  
DE LA ZONA NORTE, CIUDAD DE MEXICO

T E S I S

QUE PARA OBTENER DIPLOMA DE  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

P r e s e n t a  
DRA. SARA LETICIA ARANA BARRIGA



FALLA DE ORIGEN

MEXICO, D. F.

1990



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 está 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.

## C O N T E N I D O

	Página
INTRODUCCION . . . . .	1
ANTECEDENTES . . . . .	3
DESARROLLO DEL LENGUAJE . . . . .	8
CLASIFICACION DE LOS TRANSTORNOS DEL LENGUAJE, POR PRESENTACION . . . . .	23
ETIOLOGIAS . . . . .	24
CLASIFICACION DE LOS TRANSTORNOS DEL LENGUAJE . . . . .	29
MANIFESTACIONES CLINICAS . . . . .	30
DIAGNOSTICO . . . . .	35
TRATAMIENTO . . . . .	36
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA . . . . .	39
JUSTIFICACION . . . . .	40
OBJETIVOS . . . . .	41
METODOLOGIA . . . . .	42
RESULTADOS . . . . .	46
CUADROS DE RESULTADOS . . . . .	50
DISCUSION . . . . .	65
CONCLUSIONES . . . . .	69
ANEXO . . . . .	72
BIBLIOGRAFIA . . . . .	76

## INTRODUCCION

El lenguaje es el más importante medio de comunicación y va a depender de varios factores: el de recordar palabras, ordenar frases u oraciones de acuerdo con las reglas de la -  
linguística, con el fin de desarrollar ideas, con una secuen-  
cia y significado narrativo, planificar y ejecutar el comple-  
jo acto motor del habla.

El desarrollo de la palabra y el lenguaje es un indica-  
dor significativo de las capacidades de aprendizaje del ni-  
ño. (5)

El lenguaje permite a las personas comunicar informa-  
ción intenciones, pensamientos, organizar y expresar emocio-  
nes; interviene también en general en los procesos cognociti-  
vos: pensamiento, memoria, razonamiento y solución de proble-  
mas y planeación, etc.

El lenguaje es uno de los campos de investigación más  
activos del desarrollo infantil. (2)

Para desarrollar un lenguaje normal se requiere de:

- 1.- El niño debe tener una audición intacta desde el naci-  
miento.
- 2.- Tener un sistema nervioso sin disfunción.
- 3.- Controlar las estructuras físicas y fisiológicas que le-  
permitan los movimientos rápidos, complejos, e integrados -

requeridos para un habla inteligible, (3)

4.- El niño debe vivir en un ambiente que estimule el desarrollo de las capacidades e intercambios verbales,

La integración del lenguaje aportará al niño frutos múltiples de maduración; por lo tanto el lenguaje introduce así estabilidad en todas las adquisiciones hechas por el niño. (1)

## MARCO TEORICO

### Antecedentes:

El conocimiento en la organización cerebral de la memoria se han -  
acumulado durante los últimos 15 - 20 años, nuestro conocimiento en la -  
organización cerebral en los procesos del lenguaje se basa en la expe -  
riencia acumulada de más de un siglo.

Broca, en 1861 expresó su teoría de que el lenguaje motor está -  
localizado en las zonas posteriores del tercio izquierdo del giro fron -  
tal, y en 1873 Wernicke atribuye al tercio posterior del giro temporal -  
superior izquierdo la función del lenguaje sensorial; se iniciaron los -  
primeros pasos importantes hacia la comprensión científica en la organi -  
zación cerebral de la actividad del lenguaje. (20)

Estos dos descubrimientos, de importancia decisiva iniciaron las -  
investigaciones subsiguientes en un intento de determinar qué zonas cor -  
ticales participan en la organización del lenguaje y en qué formas se -  
altera la actividad del lenguaje al lesionar las distintas partes del -  
cerebro.

La comunicación de gran cantidad de material clínico, y de la in -  
tensidad con que se condujo la investigación, como se desprende la clara -

mente que en 1974 Monakow publicó una lista de 1500 trabajos sobre afasia, los intentos de describir los mecanismos cerebrales de la actividad del lenguaje, encontraron substanciales dificultades.

Quizá la mayor dificultad fué el hecho de que los investigadores estaban obstaculizados por una falta de datos morfológicos suficientes en la comprensión del lenguaje, por lo que intentaron explicar sus hallazgos clínicos desde el punto de vista de las teorías psicológicas muy imperfectas que se aceptaban en cada período correspondiente. (20), (21).

Los efectos de esta limitación se vieron desde las primeras etapas de la teoría de la organización cerebral y de las alteraciones del lenguaje cuando los hechos clínicos descubiertos fueron descritos en términos del asociacionismo que dominaba la segunda mitad del siglo XIX.

Fuó este sistema de ideas que hizo necesario buscar un sustrato cerebral para el lenguaje sensorial, el lenguaje motor y para varios tipos de conexiones entre ellos.

En la primera etapa se produjeron esquemas bien conocidos como el esquema de Lichheim, según el cual los procesos del lenguaje se localizan en un sistema de coacción, que van desde el centro del lenguaje motor.

Estos intentos de comparar directamente los esquemas asociacionistas hipotéticos de la estructura del lenguaje por esquemas anatómicos - igualmente hipotéticos, tuvieron poca aceptación.

Al no concluir las descripciones de los cuadros clínicos reales o de los trastornos del lenguaje, dirigiendo la búsqueda de un ex - tracto anatómico del lenguaje sobre líneas erróneas y no intentando analizar la patología del lenguaje en base a los mecanismos fisiológicos en las alteraciones del lenguaje. (21)

Al principio de este siglo, los esquemas asociacionistas clási - cos de la organización cerebral del lenguaje y de las alteraciones - del mismo, habían llegado a una crisis que condujo a la introducción de nuevos enfoques, partiendo de puntos de vista completamente dife - rentes, pero desafortunadamente no tuvieron más éxito que sus predece - sores.

Esta vez los clínicos buscaron la ayuda de otro concepto psicoló - gico que estaba de moda en aquella época; el concepto dualista, en - el cual los procesos cerebrales son la manifestación de la actividad mental, una función categórica o abstracta o un acto mental abstrac - to.

Estos procesos mientras conservan su carácter mental, no tienen



ninguna relación directa con un estrato anatómico del cerebro.

Los neurólogos que intentaban explicar la patología del lenguaje - desde su punto de vista, consideraron la afasia puramente como una alteración de los esquemas intelectuales, o de sistemas abstractos.

Abandonando todo intento de localizar estas alteraciones en zonas particulares del cerebro, se limitaron a la correlación de estas alteraciones con el cerebro como un todo.

Las teorías basadas en la filosofía idealista del siglo XX, no - afectaron a la práctica clínica y fueron rápidamente substituidos por - otras.

Las nuevas teorías se basaron en comparar formas de desordenes del lenguaje que aparecen en lesiones cerebrales locales con datos lingüísticos más que psicológicos; quizá el más importante fue el de Henri - Head, famoso neurólogo inglés quien establece una teoría de la afasia - basada en el análisis lingüístico de las alteraciones del lenguaje que aparecen en lesiones locales del cerebro, y la comparación de esta forma lingüística de afasia con localización de la lesión cerebral. (20)

Así aparecen los conceptos de afasia nominativa, sintáctica, semántica, que se correlacionan con el centro de aproximación y con lesiones en zonas particulares de la corteza cerebral.

El mérito de esta teoría fue que Head por vez primera señaló la necesidad de un análisis lingüístico de las estructuras del lenguaje que son dañadas en las diversas sesiones locales del cerebro.

Sin embargo, un error intentar correlacionar directamente estructuras lingüísticas particulares, con áreas particulares del cerebro. (21).

## DESARROLLO DEL LENGUAJE:

El desarrollo del lenguaje se encuentra condicionado por factores como: nivel sociocultural, el inicio del lenguaje y el apoyo - que brinden los padres para que el niño forme la palabra.

Desarrollo neurológico del lenguaje; se reconocen dos áreas: -

- 1.- El lóbulo parietal - temporal se encuentra relacionado con - los problemas sensitivos del lenguaje.
- 2.- El lóbulo frontal: funciona en relación con los aspectos motores éstos se encuentran comunicados por el fascículo longitudinal superior (17), en la sustancia blanca.

Las áreas corticales para el lenguaje se encuentran localizadas en el hemisferio izquierdo, siendo por regla general el hemisferio dominante con respecto al lenguaje.

En el mapa de Brodman se ha mencionado que el área sensitiva del lenguaje incluye las porciones 21, 22, 37 del lóbulo temporal, además las áreas 39 - 40 del lóbulo parietal inferior. Sin embargo, estudios clínicos patológicos con desordenes del habla, que la lesión responsable de un defecto del lenguaje de tipo sensitivo o receptivo típica - mente incluye la corteza auditiva de asociación ó área de Wernicke.

En el área de Broca se localiza el área motora del habla 44-45, se organizan los procesos neurológicos de tal manera que aseguran el uso apropiado y coordinado de los órganos que participan en el habla por medio de la corteza motora.

Una lesión que afecte las áreas antes descritas se traduce en - afasia. Se clasifican en dos según el tipo de lesión:

- 1.- Afasia sensitiva: Wernicke; en donde la comprensión del lenguaje, el nombrar objetos y la repetición de frases u oraciones es defectuosa; es causada por una lesión en el área sensitiva del lenguaje.
- 2.- Afasia de conducción: La destrucción del fascículo longitudinal superior que conecta las áreas de Wernicke y de Broca produce una afasia de conducción, en la cual hay una defectuosa repetición de las palabras o frases pero relativa y buena comprensión; existe un habla espontánea. (17)

#### Desarrollo del lenguaje: (Gessel)

El niño a las cuatro semanas presta gran atención a los sonidos, - se trata de un patrón de conducta significativo, una especie de fijación auditiva o contemplación del sonido. Con el tiempo, la percepción del sonido se volverá discriminativa; oirá el ruido de los pasos

y lo comprenderá, produce ruidos guturales y precursores del balbuceo.

El niño de 16 semanas: balbucea, sonríe; éstos son los productos fundamentales del aparato oral y respiratorio que permitirá finalmente el habla articulada.

A las 28 semanas el niño llora y balbucea.

Alrededor del 1er. año de edad efectúa gran cantidad de vocalizaciones y emite vocales consonantes y hasta sílabas y diptongos que llega a combinar. A esta altura el niño ha establecido una gran cantidad de relaciones sociales con ciertas personas significativas. (6)

Toda esta experiencia práctica es requisito previo para la comprensión de las palabras.

La expresión a distancia de la red neuromotriz comienza a incorporar tanto los músculos accesorios del habla, como los de la masticación. La creciente destreza de labios y lengua, de la musculatura para la masticación y la deglución, combinada con su facultad imitativa, favorece la vocalización articulada. (6)

A los dos años: la conducta del lenguaje, tanto la comprensión como la comunicación es más frecuente y diversa, puede jactarse de un vocabulario de diez palabras bien definidas; articula, acompaña el "no" con una sacudida de cabeza; ya empieza a usar palabras junto con los

ademanes.

Las frases de tres palabras deben esperar aún otros seis mese. (6), (1). A los 2.5 años, la frase contiene tres palabras, y al año si siguiente cuatro palabras. A los cinco años puede repetir frases ú ora - ciones hasta de diez sílabas.

#### DESARROLLO DEL LENGUAJE (AZCOAGA)

El desarrollo del lenguaje en el niño es un proceso de carácter - biológico en el proceso de maduración infantil se han generalizado el - uso de indicadores cronológicos, que es una ventaja para el conocimien - to preciso del desarrollo del lenguaje infantil.

En el curso del desarrollo del niño se entrelazan dos procesos:

- La maduración biológica
- Los procesos de aprendizaje fisiológico

El primero es un proceso determinado genéticamente, y el segundo - resulta de la interacción del individuo con su medio, y sus resultados son rigurosamente individuales.

El órgano que interviene como agente del desarrollo es el cerebro. Existe una interacción del desarrollo, en este momento nos interesa se - ñalar el curso de la actividad nerviosa superior, puesto que la activi - dad funcional de la corteza cerebral se describe mediante la reseña de las modificaciones que va presentando sucesivamente. (19).

En el caso de la atención, cuya labilidad va en disminución durante la lactancia, se hace luego durante la primera infancia más sostenida y finalmente adquiere características que sustentan procesos de aprendizaje.

En el mantenimiento de la atención se hace notoria la presencia y después la complicación gradual de la motivación.

Consideramos así que desde el nacimiento en adelante se puede caracterizar una primera etapa de comunicación o nivel prelingüístico. Se puede estimar su extensión hasta aproximadamente 12 - 15 meses de edad. (19)

Se establecen los primeros recursos comunicativos del niño, en particular con la madre; el papel comunicativo del llanto, cuya conotación, intensidad y ritmo lo hacen portador de diversos mensajes para la madre.

Existe también una comunicación gestual y prosodia en el lenguaje de la madre que puede tener diversas tonalidades afectivas para el lactante, otra, los latidos cardiacos de la madre, esta etapa o fase prelingüística es preparatoria para el desarrollo del lenguaje. (19)

Comienzo del juego vocal.

En la etapa prelingüística, comienza la actividad que constituye lo que bien se ha dado en llamar "juego vocal" o balbuceo reflejo, lo cierto es que esta actividad es un verdadero juego ya que se compone de la repetición incesante, y aparentemente con motivo de sonidos vocales.

El juego vocal se inicia con emisiones continuas (vocalizaciones) y con sonidos guturales. El niño repite en forma continua, hasta que incluye otro nuevo que se intercala con el anterior, lo sustituye o se combina con él o se pierde. (19)

Así se van generando nuevos sonidos.

A los 2/12, el niño es capaz de responder a las incitaciones de la madre en proceso de aprendizaje (imitación).

Puede comprobarse que cuando la madre emite sonidos que son propios de esta etapa (propioseptivo), del juego vocal el niño responde los labios y emitiendo finalmente un sonido similar. (19)

El juego de vocal se produce esencialmente, cuando no hay estímulos externos tan intensos, que reclamen la atención del niño y cuando sus necesidades están satisfechas.



La segunda etapa del juego de vocal ( propioceptiva-auditiva); esta etapa se extiende hasta los 10/12, 11/12, o más. Se caracteriza, no solo por la intervención de las aferencias auditivas, sino - también porque participan otros analizadores en la organización de gnosias más complejas. (19)

Por otra parte intervienen nuevos recursos comunicativos vocales y gestuales que le permiten al niño una aceptable comunicación con la madre y otros adultos.

Las aferencias auditivas obran como un reforzador de la actividad del juego vocal y al mismo tiempo van preparándose a la síntesis, puesto que dan lugar a la regulación de los sonidos que produce el niño.

En este nivel prelingüístico, hay sin embargo, razones para afirmar que van adquiriéndose nociones acerca de la propiedad representativa de las palabras. (19 )

Esto se evidencia en el reconocimiento de objetos y en las preferencias por unos y otros, así como el perfeccionamiento de la prensión con una y dos manos, en la adopción de posiciones. (19)

Cambio del juego vocal al lenguaje: en este período influye - el conjunto de los sonidos del lenguaje que se habla en torno del - niño.

Se explican procesos neurofisiológicos para la explicación de esta etapa.

-Io. Reforzamiento por el sonido de los fonemas de la lengua que - se habla alrededor del niño; en este reforzamiento interviene - también un factor de gran importancia: el papel significativo - de las palabras en relación con los intereses biológicos prin - cipales del niño.

No solo actúa el reforzamiento, sino también la inhibición por cuyo efecto van suprimiéndose todos los sonidos del juego vocal que no son adecuadamente reforzados.

Es así como una gran cantidad de emisiones van siendo suprimi - das por la inhibición diferenciada.

Como se ha mencionado anteriormente, el segundo semestre es - también el período en que van incorporándose manifestaciones que - son propias de la comprensión del lenguaje.

Tal vez solo en este período y con la salvedad del caso, se - ría justo asimilar la función de algunas palabras a los reflejos - condicionados simples. (19)

Para la comprensión son determinantes, la entonación, gestos, la expresión facial del hablante, y el contexto situacional (en ese orden). La adquisición de significados crece impetuosamente desde el primer año.

Alrededor de ese tiempo se van produciendo la separación de palabras a partir del juego vocal.

Este es también un proceso gradual en el que por momentos la producción de sonidos es propia del juego vocal y por momentos constituye palabras. Por ejemplo: suele acontecer que el niño pronuncia de tanto en tanto "ppa - pa - ppa - pa - pa - ppa", o "mma - ma - ma - ma", dirigiendo su vista hacia el padre o la madre o a algún objeto perteneciente a ellos.

En tales circunstancias está asistiendo al nacimiento de la palabra papá o mamá a partir del juego de vocales.

Es justamente por la acción reguladora (y reforzadora) de la lengua que se habla en torno al niño, que se van transformando los sonidos del juego vocal en formas. Hay aquí un tránsito de una función puramente fisiológica a una función fónica y lingüística.

Así es como en esta etapa se produce el tránsito de los innato e incondicionado a lo aprendido. (19)

El juego vocal tiene todas las características y propiedades - de lo innato hasta que las influencias fónicas del ambiente comienzan a transformarlo en actividad fónica.

No obstante, la adquisición de fonemas propiamente dicho es un proceso sujeto a ciertas leyes.

Por lo demás, es bien conocido que la totalidad de los fonemas no se adquiere hasta los 3, 4, o aún 5 años (dislalia fonológica).

Es obvio que estas regularidades se dan en dependencia del inventario de fonemas de la lengua que se habla alrededor del niño, puesto que se manifiesta solo como resultado de la acción reforzada de los fonemas del idioma materno. (19)

#### 2a. Etapa de comunicación- ler nivel lingüístico.

Se extiende desde el primer año de vida hasta aproximadamente los 5 años, se trata de uno de los períodos más ricos en el desarrollo del lenguaje. En realidad el sustrato fisiológico está formado por la gradual adquisición de estereotipos fonemáticos, por la ampliación de la comprensión de significados y por incesantes síntesis en la actividad gnósica-práctica infantil con las actividades del lenguaje ahora se producirán nuevas combinaciones entre estereotipos fonemáticos correspondientes a nuevas palabras.

A su vez el proceso de combinación de formas en la formación de nuevas palabras sigue dándose en relación con las condiciones fisiológicas que así lo determinan. La inclusión de nuevos estereotipos fonemáticos a continuación de otros exige una actividad de síntesis que inicialmente es lábil e insegura y que va consolidando constantemente por la reiteración. (19)

De manera simultánea, la inhibición diferencial va suprimiendo todo aquello que no es inherente a la palabra como tal, (como es oída) , o sea todos aquellos componentes del nuevo estereotipo que no son reforzados.

Este proceso que ahora ya es de aprendizaje el que hace que las combinaciones de estereotipos fonemáticos se establezcan como estereotipos motores-verbales, o sea, el soporte fisiológico de la palabra. (19)

Otro proceso va teniendo lugar simultáneamente con la formación de estereotipos motores verbales y es la incorporación de significados. En este desarrollo gradual de adquisición de significados estudiado por psicólogos, es importante reseñar ahora como se produce en los primeros estadios de la integración de lenguaje.

Los primeros signofocados tienen todas las propiedades de las señales de los reflejos condicionados.

Estímulos visuales, acústicos, gustativos, combinados en síntesis especial (gnósicas) pasan a ser substituidos por una sola señal de tipo verbal.

Ejemplo: la visión del biberón despierta en el niño una determinada actividad: en este caso el estímulo visual del biberón es una señal que anticipa el acto de alimentarse inmediatamente, pero luego hay un estímulo verbal ("la papa" etc.)

El proceso cursa en este estadio como una substitución de unas señales sensorio perceptivas por otras verbales (auditivas combinadas de una determinada manera y dotados de un timbre, melodía e intensidad). (19)

Una palabra tiene en éste momento la propiedad de representar una diversidad de objetos que pueden tener entre sí una relación más o menos circunstancial; la palabra "papa" que sirve para la designación del biberón, puede extenderse a la silla que usa el niño a la hora de la comida, etc.

Este estudio de generalización primaria pasa insensiblemente a través de formarse en la adquisición de significados para la palabra, proceso que tiene una base fisiológica en la actividad analítico-sintética del analizador verbal, y una base lingüística en el conjunto de las influencias. (19)

De manera simultánea, la inhibición diferencial va suprimiendo todo aquello que no es inherente a la palabra como tal, o sea todos aquellos componentes que son reforzados.

Este proceso que ahora ya es de aprendizaje (en sentido fisiológico) se integra con la combinación de estereotipos fonemáticos - que se estabilizan como estereotipos motores verbales, o sea, el so porte fisiológico de la palabra. Otro proceso va teniendo lugar si multáneamente con la formación de estereotipos motores verbales y, - es la incorporación de significados.

En este desarrollo gradual de adquisición de significados estudiado por psicólogos, es importante reseñar ahora como se produce - en los primeros estadios de la integración del lenguaje.

Los primeros significados tienen todas las propiedades de las señales de los reflejos condicionados. Estímulos visuales, acústicos y gustativos.

Una palabra tiene en éste momento la propiedad de representar una diversidad de objetos. (19)

Este estudio de generalización primaria pasa insensiblemente a transformarse en la adquisición de significados para cada palabra,-

por obra de éste proceso altamente creciente, cada palabra va excluyendo significados, y va adquiriendo otros que sí le son propios.

Así es como en el vocabulario de la primera infancia hay palabras que tienen un cierto sentido ocasional y después son usadas - correctamente.

- Etapa del monosílabo intencional. Se recuerda que en el desarrollo del lenguaje estos períodos pueden ser no sólo sucesivos sino que pueden aparecer abreviados, superpuestos u omitidos.

Por ejemplo, algunos niños desarrollan el monosílabo intencional, simultáneamente con las palabras sueltas, otros omiten la frase yuxtapuesta y se manifiestan directamente con frases simples. La actividad verbal durante los períodos que vamos a diferenciar sino también es el comienzo de la expresión verbal no comunicativa.

La etapa del monosílabo intencional comienza antes del año, y se extiende hasta aproximadamente el año y medio superpuesta con la evolución de otras etapas. (19)

Los componentes silábicos aún no perfeccionados, adquieren funcción denominativa durante el juego y alcanzan un nivel de comunicación en la formulación de deseos combinados con actividad gestual -



comunicativa. (19)

En el aspecto psicológico evoluciona la actividad manipulativa, tanto en el juego como en el desarrollo de los primeros hábitos (comer, desplazar su cuerpo), tomar la cuchara, llevarla a la boca.

Simultáneamente al alcanzar la capacidad de caminar se amplia el dominio de la visión mediante la identificación de objetos alejados de las manos, y se enriquece así de manera notoria el repertorio de sus esquemas sensoriomotores. Esta actividad influye a su vez en el desarrollo del lenguaje, ampliando tanto su función comunicativa como la capacidad de comprensión. (19)

- Etapa de la palabra -frase; Se extiende en general después del año hasta casi los dos años, la base fisiológica de ésta etapa es la posesión de las primeras síntesis y el enriquecimiento de los primeros significados que le son inherentes. La etapa se caracteriza por la ampliación de los recursos fonológicos, que no solo se expresan en la adquisición de nuevos fonemas, sino en la capacidad de combinación en sílabas simples y directas; sílabas inversas. A menudo se trata de fusiones de dos palabras en una. Palabras a las que se les ha suprimido una sílaba.

En otros sentidos la capacidad de atención del niño va amplia-

do por la influencia de distintas formas de inhibición interna.

Etapa de la palabra yuxtapuesta: Emerge de la etapa palabra - frase la utilización de dos palabras fusionadas, o con frecuencia - coordinadas entre sí, que paulatinamente se van independizando por - la incorporación de nuevas palabras.

En éste período empieza a configurarse una de las principales - gramáticas infantiles, por su función es posible diferenciar, un vo - cablo que tiene características más estables y otros que gradualmen - te se van conectando con el primero. Van incorporándose algunas sí - labas inversas y otras complejas. Los contenidos semánticos del - discurso se relacionan con objetos concretos, por eso se ha hablado de palabras-objeto.

- Frase simple: Pasados los dos años, la articulación de pala - bras va en progresiva complejidad; se nota la incorporación de pre - posiciones, conjunciones, artículos y declinaciones (género, número, y persona verbal). También comienza ahora el monólogo infantil du - rante el juego.

Clasificación de los trastornos de lenguaje:

De acuerdo a su presentación se pueden clasificar en:

- 1.- Transtornos graves: Son aquellos en los que no aparece el lenguaje antes de los 5 años. (3)
  
- 2.- Transtornos de formas benignas: Que mejoran espontáneamente - sin escuelas "Retraso simple del lenguaje".

Debido a que una multitud de factores entran en juego, y se imbrican en su acción, cada caso es particular; por ejemplo: como el niño que está en continua transformación, se observan progresiones, estancamientos; nos permitirá solo la observación longitudinal, tener una opinión segura de su evolución. (3), (19)

Una adecuada evolución del lenguaje a su vez permite un adecuado inicio de la vida escolar; en caso inverso un entorpecimiento de la lengua, se reflejará en dificultades en la iniciación y posteriormente un examen realizado hacia los 5 años de edad cronológica mostraría las dificultades en la fonética y en la organización verbal.

Factores etiológicos:

Existen varias clasificaciones etiológicas, de acuerdo a la fisiología, anatómica y otras, etc.

Los factores etiológicos en éstas condiciones son determinantes y se podrían clasificar de la siguiente manera:

- 1.- Individuales: Prenatales, Perinatales, Postnatales.
- 2.- Socioculturales.
- 3.- Ambientales.

Antecedentes prenatales: Se refiere a las condiciones de la gestación y a las expectativas de la pareja y de la familia. Es necesario consignar si la alimentación y el cuidado sanitario eran suficientes para garantizar un buen desarrollo del feto, sin descompensación de la madre.

La ocurrencia de enfermedad durante el embarazo y los datos genéticos y hereditarios serán requeridos solamente, si el cuadro lo justifica. (22), (23)

Antecedentes perinatales: Tiene que ver con todas las circunstancias del parto, particularmente aquellos que pueden hacernos sospechar sufrimiento fetal, cianosis.

Falta de dilatación, placenta previa, circular de cordón, parto pélvico, forceps, incompatibilidad RH, suele ser causa de la des

trucción de células nerviosas que no se reproducen, con trastornos especialmente en el nivel de la adecuación perceptivo-motora.

Neonatales: Se refiere a la adaptación del recién nacido, a las exigencias de supervivencia, y sus pautas son en un primer llanto fuerte, seguido de un sueño tranquilo, después la presencia de llanto como demanda con consuelo en la succión y, finalmente alimentación suficiente con aumento de peso según las normas.

Al mismo tiempo, el nivel de adaptación de la familia al neonato a través del respeto demostrado por su tiempo individual, la buena lectura de sus demandas y la eficacia en la provisión de sus necesidades.

Estos aspectos, de singular importancia en los problemas psicológicos del aprendizaje, están en estrecha relación con las condiciones socioeconómicas de la familia, los que le permiten dedicar más o menos tiempo al niño, tener los elementos necesarios para su correcta alimentación e higiene.

Enfermedades: Las enfermedades y los traumatismos ligados directamente a la actividad nerviosa superior.

Los estados que denotan pérdida del conocimiento, espasmos, -

convulsiones, terrores nocturnos, epilepsia, trastornos en la loc  
moción pueden atribuirse a procesos encefalíticos.

Esto unido a los datos aportados por psicometría, otitis, pro-  
cesos psicomotrices.

Problemas del desarrollo motor, aprendizaje como vestirse, pei  
narse, etc.

Existen varias clasificaciones una de carácter anatomofuncional  
de Bárbara Z. Novick, Ph D; Maurelh M. Arnold, Ph D. 1988. (18)

Clasificación Etiológica: (3)

1.- Debilidad mental: Según la mayoría de los autores, el 50% de -  
las enfermedades en los que el trastorno motor es predominan-  
te tiene un C.I.<sup>+</sup> de 70.

Solo puede hablarse de retraso del lenguaje en los casos en -  
que el nivel del lenguaje aparece inferior al nivel de intelli-  
gencia general; afasia relativa.

2.- Sordera: A los casos de sordera específica de los pacientes -  
con enfermedad motriz cerebral, hay que añadir las infecciones  
rinofaríngeas, con otitis repetidas frecuentes en los niños cu  
(+) Coeficiente intelectual.

ya movilidad faríngea está reducida.

3.- Transtornos de la motricidad relacionada con lesiones corticales o subcorticales.

Transtornos motores específicos-incordinación de músculos; parálisis.

4.- Lesiones cerebrales susceptibles de impedir el desarrollo del lenguaje.

a) Problema de hemiplejía cerebral infantil.

En general los trabajos sobre hemiplejía insisten en el hecho de que los transtornos del lenguaje están relacionados en la mayor parte de los casos a un retraso intelectual.

b) Transtornos del lenguaje en las otras formas de enfermedad motriz cerebral y se debe a la existencia de lesiones bilaterales y diseminadas.

5.- Dificultades psicológicas: Transtornos de origen educativo, la forma en que son vividas las relaciones con los padres y sobre todo con la madre durante los primeros años de vida son importantes para el desarrollo del lenguaje. (3); la sobreprotec-

ción materna, el rechazo, inadaptación familiar, psicosis infantiles.

- 6.- Etiología múltiple: Se plantea frecuentemente el problema de - disociar lo que en un trastorno del lenguaje está relacionado con el trastorno motor, y lo que se debe a un trastorno puramente lingüístico. También puede haber retardo en el aprendizaje, de origen neurológico; el medio ambiente donde se desarrolle una situación de lenguaje y bilingüismo. (3), (1)

#### Clasificación de los trastornos del lenguaje:

##### 1.- Trastornos del lenguaje:

- Afasia.
- Oligofrenia.
- Psicofonías.
- Disfasias.

##### 2.- Trastornos del habla:

- Disartrias.
- Disfemias.
- Dislalia.
- Disglosia.



3.- Transtornos de la voz:

- Endócrinofonías.
- Disfonías. (3)

Manifestaciones clínicas:

DISFASIAS: Es un grado moderado de afasia, transtorno del lenguaje que consiste en la falta de coordinación de las palabras en su propio orden.

Se clasifican en: Alteración del lenguaje expresivo, Alteración del lenguaje receptivo.

Se relacionan con las áreas de lenguaje que se encuentran frecuentemente afectadas. Son dos áreas de expresión y recepción, en el adulto se conocen como afasias, y por ejemplo: un paciente tiene afasia de expresión cuando le es difícil o imposible comunicar sus deseos, pensamientos; el hablar y el escribir son los aspectos del lenguaje que se encuentran más afectados en estos pacientes, y pueden tener dificultad para entender el habla y leer, pero sus deficiencias principales serán más notables al usar correctamente la gramática, nombrar los objetos.

Se llama afasia receptiva cuando le es difícil o imposible en-

tender lo que las demás personas tratan de comunicarle. La comprensión del habla y de la escritura son dos aspectos del lenguaje que frecuentemente están afectados.

Un enfermo tendrá afasia de tipo expresivo-receptivo, cuando se encuentren igualmente afectados el habla, escritura, la comprensión, la lectura. (4)

Se dice que la disfasia es un trastorno del desarrollo de una lesión orgánica; es una elaboración tardía e imperfecta del lenguaje o de déficit en la evolución del lenguaje, observado en los primeros años de vida, corregible, ya que estos trastornos se modifican con el crecimiento.

Los trastornos del lenguaje en el niño son descritos en dos aspectos:

- La forma motriz coexiste con el desarrollo motor.
- La forma sensorial, en la cuál la incapacidad de articular los grupos consonánticos es atribuido a una inmadurez.

DISARTRIA: Es la dificultad en la expresión del lenguaje, debida a trastornos del tono y del movimiento de los músculos fonato--

rios; el término se emplea para designar los trastornos de la articulación de los fonemas, que son consecuencia de lesiones de las zonas del sistema nervioso que gobiernan los músculos de los órganos fonatorios (4). También se define como una dificultad del habla.

Para que la secuencia del habla se realice correctamente es preciso la acción coordinada de todo un conjunto de estructuras que gobiernen la respiración, la fonación y la articulación.

El acto fonético se produce gracias a la acción de los nervios craneales V, VII, IX, X, XI y XII, y pares raquídeos cervicodorsales.

**DISLALIA:** Se refiere a una incapacidad de pronunciar o de formar correctamente ciertos fonemas o grupos de fonemas. Aparecen normalmente en el desarrollo del lenguaje del niño. Pueden persistir por trastornos en la maduración del lenguaje por anomalías funcionales en los órganos de la fonación. (4)

Son numerosos los niños de 3-4 años que son llevados al médico o al re-educador porque presentan algún trastorno en el grado de perfección del lenguaje de acuerdo a su edad.

La no aparición en la edad habitual de las primeras palabras - no es el primer síntoma de otras. La mayor parte de los retrasos - graves son reconocidos desde los primeros meses. En la forma benigna pueden presentar un retraso manifiesto en sus primeras adquisiciones morricas, simultáneamente existe la no aparición o pobreza - de la comunicación gestual y mímica que precede siempre al lenguaje.

El niño con retraso de 2 y 3 años, no solamente no habla, sino intenta comprender por medio de gestos, en los casos severos del retraso, y en el débil mental cuando llega a un nivel escolar, parece incapaz de adquirir un verdadero conocimiento gramatical, su vocabulario es reducido.

Todos los trastornos de la palabra que existen en el niño normal, pueden observarse en el débil mental porque el lenguaje es inadecuado, es monótono, y hay dificultad para comprender lo que el niño dice.

Psicosis infantil: No se trata de un trastorno del lenguaje, - sino síntomas de una perturbación mental, que tiene importancia en el establecimiento del diagnóstico.

La no aparición del lenguaje al segundo año, o en los años siguientes pueden ser un síntoma importante de autismo. Si el estado-

psicótico no es tan grave puede aparecer un esbozo de lenguaje (balbuceo).

Las psicosis de aparición más tardía que afectan a un niño con lenguaje ya constituido alteran el uso que éste ha hecho, alteran el uso que éste ha hecho de su lenguaje.

**DISLALIA:** Son las fallas de los puntos de articulación correspondientes a ciertos fonemas. Algunos puntos se ven afectados muy frecuentemente; entre los primeros pueden citarse los puntos de articulación de "r", "s"; entre los segundos los oclusivos labiales "p", oclusivos posteriores "k". Existen las dislalias neurológicas, psicógenas, dislalia instrumentales debidas a malformaciones o deformaciones anatómicas. (19)

**DISFONIAS:** Las disfonías exige distinguir los rasgos físicos de la voz (tono, intensidad, timbre, duración). Pueden variar en su permanencia, permanente o intermitentes y registrarse en la voz hablada, voz cantada o en ambas. (3)

**DISFEMIAS:** Es el defecto de elocución constituido por la repetición de sílabas o la dificultad de pronunciar algunas de ellas, llevando consigo un paro y un espasmo en la fluidéz verbal; sinónimo de tartamudéz; es un síndrome de varias perturbaciones de la pa-

labra caracterizada por arritmias y tics causados por una psiconeurosis, raramente empieza con los inicios del lenguaje, lo más frecuente es que surja de una manera progresiva a los 3 o 4 años; también puede presentarse al entrar a la escuela entre los 5 y 7 años, y más raramente al entrar a la pubertad; puede presentarse a temporadas coincidiendo con más períodos de excitabilidad y nerviosismo, en la mayoría de los casos los niños antes de presentar su disfemia, hablaba normalmente. A veces solo lo hace cuando quiere explicar con gran emoción una cosa que le ha sucedido o ha visto.

#### DIAGNOSTICO:

En la evaluación del lenguaje, existen diferentes test para la cuál se requiere en la mayor parte de las veces capacidad. En el I.N.C.H.<sup>+</sup> se maneja un test de fácil aplicación y evaluación.

En el cuál se pueden analizar la comprensión de las palabras, su articulación y la información de datos generales e identificar las estructuras corporales, las cuáles permiten en una forma general defectos de aquellos trastornos que pueden ser de origen orgánico, y/o psicosocial o por carencia de estimulación, descartando retraso mental, insuficiencia auditiva, trastornos motores, o malformaciones del aparato fonatorio.

<sup>+</sup> Instituto Nacional de la Comunicación Humana.

TRATAMIENTO.

El tratamiento es multidisciplinario y va depender de la causa. Dentro del tratamiento médico se incluyen las siguientes especialidades: Neurología, Pediatría, Psicología, Psiquiatría, Comunicación, Pedagogía y Rehabilitación del lenguaje.

Como ejemplo podemos mencionar los trastornos psicóticos, los cuales son manejados por el servicio de Psiquiatría, en donde se trata de mejorar el comportamiento, reducir la ansiedad y se propone que el niño acepte la realidad mejorando su forma de relación. Después de esto podría esperarse la aparición del lenguaje.

En las actividades de estimulación lingüística se requiere de ciertas condiciones para su realización:

- 1.- Mantener a los niños cómodos, y en círculo para mantener su mirada y atención.
- 2.- Vigilar que no haya estímulos visuales o auditivos que distraigan a los niños.
- 3.- Interesar a los niños haciendo una corta introducción.

4.- Utilizar materiales atractivos.

5.- Variar con frecuencia el lugar para efectuar las actividades.

6.- Hacer participar a los niños que más permanecen callados en forma amable.

Entre las recomendaciones específicas están:

- Discriminación auditiva.- Alternar actividades una vez identificados los sonidos.

- Memoria auditiva.- Pedir que las recuerden.

- Secuencia auditiva.- Pedir que los mencionen en orden de presentación. (24)

Se incluye entre las actividades para la rehabilitación de lenguaje:

1.- Comprensión.

2.- Utilización del lenguaje.- Llevando al niño al empleo de normas lingüísticas apropiadas, evitando la persistencia de formas inadecuadas.



3.- Articulación del lenguaje.- Ejercitando el buen funcionamiento de la motricidad de labios, lengua, etc.

Las terapias pueden ser grupales o individuales; y se dividen en base al problema identificado previamente:

Articulación, percepción visual, psicomotricidad, pronunciación, respiración, lateralidad. (25).

## II.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

El lenguaje es una manifestación de socialización en el niño - que se inicia a través de la repetición de las palabras familiares, bajo la influencia de repetición e imitación.

Es frecuente que el niño se comunique a través de los sonidos-guturales; que en ocasiones limita el desarrollo del lenguaje, como se sabe, la capacidad de comunicación, requiere de una estimulación adecuada, la cuál se inicia del contacto de sus familiares.

Es frecuente que acudan a la consulta madres de familia refiriendo retraso en el desarrollo del lenguaje de los niños, motivando a enviar a un 2o y 3o nivel, con el fin de iniciar estudios neurológicos y psicológicos, siendo que la principal causa de éste retraso sea debido a la pobre estimulación, por parte de los padres, por lo que es importante conocer cuál es el número y qué palabras - se pueden esperar en un niño entre 3 y 5 años.

Identificando aquellos niños que tengan alteraciones importantes para ser manejados a un 3° nivel. El uso del test del INCH puede ser utilizado como instrumento de apoyo para identificar éste problema.

1. ~~\_\_\_\_\_~~

2. ~~\_\_\_\_\_~~

3. ~~\_\_\_\_\_~~

4. ~~\_\_\_\_\_~~

5. ~~\_\_\_\_\_~~

6. ~~\_\_\_\_\_~~

7. ~~\_\_\_\_\_~~

8. ~~\_\_\_\_\_~~

9. ~~\_\_\_\_\_~~

10. ~~\_\_\_\_\_~~

11. ~~\_\_\_\_\_~~

IV.- OBJETIVOS:

- 1.- Detección en las alteraciones en el desarrollo del lenguaje en niños entre 3 y 5 años.
- 2.- Detección en la comprensión del lenguaje, en la articulación, y en la información.
- 3.- Detección de la frecuencia de las alteraciones de motor grueso y fino.
- 4.- Identificar las alteraciones anatómicas del conducto auditivo externo, y membrana timpánica, de la mucosa nasal y amígdalas.

METODOLOGIA:

Tipo de estudio: Descriptivo transversal.

Se estudiarán a los niños de 3 a 5 años de edad, que acudan a la estancia infantil del ISSSTE No. 15,25,27, durante el mes de noviembre - diciembre de 1989, y enero de 1990. Se tomará una muestra no probabilística por cuotas, y que reúnan los siguientes criterios:

Criterios de Inclusión:

Niños de 3 a 5 años de edad cumplidos que no tengan alteraciones orgánicas en oído, con lesión cerebral mínima diagnosticada, y que no presenten malformaciones congénitas de la boca, lengua, paladar y nariz.

Criterios de Exclusión:

Niños menores de 3 años y mayores de 5 años que estén bajo tratamientos menores de audición y/o neurológicos.

Descripción del Trabajo:

Se identifican 3 estancias infantiles del ISSSTE, ubicadas en-

la zona norte (no. 15, 25, 27), previa autorización de la Subdelegación Médica de la Zona Norte, se acudió a cada una de las estancias donde se identificaron a los niños que reunían los criterios de inclusión, se aplicó un cuestionario Anexo 1 a cada uno de los niños por el investigador responsable, durante los meses de noviembre a diciembre de 1989, y enero de 1990. El cuestionario se obtuvo del I.N.C.H., de S.S., modificado previa prueba piloto, el cuál consta de los siguientes apartados:

Ficha de Identificación:

Datos de exploración motor grueso, fino, el cual se califica con la siguiente escala: 0-2 normal; 3-5 sospechoso; 5-8 probable; 9-10 motivo de estudio especializado.

Lenguaje: En el lenguaje se maneja el cumplimiento de indicaciones sencillas, el repetir frases, definición de palabras de uso común, y utilización de colores básicos. Dos o más errores se considera como sospechoso en la comprensión del lenguaje.

La articulación de la palabra se estudió mostrando tarjetas con figuras comunes para que fueran referidas por el niño. Los errores al nombrar las figuras de las tarjetas se considerará como falta de información por parte del niño, permitiéndose un error menor.

Así mismo se evaluaron datos personales como, el nombre, la edad, el día, más de tres errores se consideró como motivo de sospecha en cuánto a la información que debe manejar un niño de 3 a 5 años.

También se evaluó el esquema corporal a través de figura humana, partes del cuerpo, derecho-izquierdo; más de tres errores son motivo de sospecha.

IV Apartado: A todos los niños se les realizó una exploración física del conducto auditivo externo, y membrana timpánica, tomando en cuenta sus características anatómicas, y los cambios anormales que pudieran encontrarse en ella.

Así mismo se estudiarán las características de la mucosa nasal y evaluación del crecimiento de las amígdalas, para lo cual se consideró (Grado I)+ cuándo la amígdala sobresale del pilar anterior, (Grado II)++ cuándo el crecimiento llega a la mitad entre la úvula y el pilar anterior, (Grado III)+++ cuándo llega a la úvula.

Observación: Se anotará si las características de la voz es nasal o gutural, que en forma indirecta puede indicar crecimiento de adenoides.

El test se califica: por apartados, motor grueso y fino, y se relacionará con el desarrollo del lenguaje.

En la primera parte del lenguaje se evalúa el entendimiento, articulación e información de la palabra.

Los resultados se analizarán con medidas de resumen (frecuencia). Todo aquel niño que se sospeche con probable alteración orgánica se sugerirá a consulta a la clínica de adscripción.

Consideraciones éticas.- se consideran mínimas, ya que solo se realizarán procedimientos habituales de la consulta general.



RESULTADOS :

Se revisaron a 139 niños de la Estancia Infantil No. 15,25, y - 27 de la Zona Norte, durante los meses de noviembre, diciembre de - 1989, y enero de 1990; la distribución por sexo fué para hombre, de 73 niños (52.5%) y para mujeres de 66 niñas (47%). Cuadro No.1

En el Cuadro No. 2 y 3 se muestran los datos de exploración - que abarca motor grueso, sexo masculino y femenino encontrándose 97% de la población normal y un 3% con alteración para el sexo femeni - no; un 96% sin alteraciones y un 3% con problema en el sexo mascu - lino (los cuales correspondieron de 3 a 5 errores de la exploración realizada).

En los Cuadros 4 y 5 se evaluaron los datos de exploración de - desarrollo neurológico para el sexo masculino y femenino.

En el Cuadro No. 4 el 93.2% de los niños fueron normales y el - 6.8% con datos de sospecha. En el Cuadro 5 el 96.9% dentro de la nor - malidad para el sexo femenino y un 3% con sospecha.

Cuadro No. 6 y 7. Se explora la distribución de los errores en - el lenguaje por grupo de edad y sexo. Encontrándose 67% sin altera - ción, 6.8% con 2 errores y 8.2% con más de 2 errores en niños.

Se consideró más de 2 errores en órdenes sencillas, frases (definir palabras), emparejar colores como motivo de sospecha y estudio.

En el cuadro No. 7, se explora la distribución de los errores en el lenguaje, sexo femenino, donde se observa 71% sin alteración, 14.2% con un error, 7.9% para 2 errores, y 7.9% para más de 2 errores.

Cuadro No. 8, se muestra la distribución en los errores en la articulación, del sexo masculino. Con un 56% sin alteración, un 20% para un error, un 13% para 2 errores, y 16% para más de 2 errores.

Cuadro No. 9, distribución en los errores en la articulación, por grupo de edad, sexo femenino; 56% sin alteración, 13.6% con un error, 12.1% con 2 errores, y 13.6% con más de 2 errores.

La evaluación de ésta prueba fue de más de 2 errores como motivo de estudio.

Cuadro No. 10.- Detección de la información básica, por grupo de edad, sexo masculino, 68% sin alteración, 20% para un error, 4.1% para 2 errores, y más de 2, 1.3%.

Cuadro No. 11, detección de la información básica en el sexo-femenino; 75% sin alteraciones, 19% para un error, 1.5% para 2 errores, y 3% para más de 2 errores.

La información manejada en el cuadro no. 10,11 fueron datos básicos de nombre, edad y algunas características del medio social; - no se evalúa el concepto de la pregunta.

Cuadro No. 12, identificación corporal, por grupo de edad, sexo masculino; 57% sin alteración, y con 2 o más errores 21%.

Cuadro no. 13, identificación corporal, por grupo de edad, sexo femenino con 51.5% sin alteración, y un 18% con 2 o más errores.

La evaluación del cuadro 12 y 13 fue: se le indicaba al niño - que señalará partes finas y gruesas, lado derecho, izquierdo, encontrándose como sospechoso 2 o más errores.

En la exploración de oído se encontraron 70 sujetos sin alteraciones, desde aumento en la producción de serumen, o alteraciones - en la membrana timpánica, 54 correspondieron a otoserosis unilateral, y 14 sujetos entre otoserosis y perforaciones timpánicas.

En la exploración de mucosa nasal no se observaron alteracio--

nes importantes, obteniéndose 108 sujetos sin alteración, 25 se observó mucosa hialina, y 9 pacientes con mucosa mucopurulenta, encontrándose en ese momento con problema agudo de vía respiratoria.

Hipertrofia Amigdalina.- en el Cuadro No. 14 se evalúa la detección de hipertrofia amigdalina por grupo de edad, sexo masculino, obteniendo los siguientes resultados: 69% sin alteraciones, 23% con grado I, 6.8% grado II y 1.3% para el grado III de hipertrofia amigdalina.

En el Cuadro No. 15 se observa la detección de hipertrofia amigdalina por grupo de edad, sexo femenino; con 72% sin alteraciones, 18.1% para el grado I, 1.5% para el grado II, no observándose grado III de hipertrofia para el sexo femenino.

CUADRO No. 1

DISTRIBUCION DE NIÑOS Y NIÑAS POR GRUPO DE  
EDAD Y SEXO  
EN ESTANCIAS INFANTILES DE LA ZONA NORTE

EDAD	NIÑOS	NIÑAS	TOTAL
3 AÑOS	21 (15) %	23 (16) %	44
4 AÑOS	27 (19)	23 (16)	50
5 AÑOS	25 (17)	20 (14)	45
TOTAL	73	66	139

FUENTE: CUESTIONARIO DE DATOS.

CUADRO No. 2

DESARROLLO MOTOR GRUESO POR GRUPO DE  
EDAD, SEXO MASCULINO.

EDAD	+GRADO DE ALTERACION			
	+	++	+++	++++
	%	%		
3 AÑOS	21 (28)	0	0	0
4 AÑOS	26 (35)	1 (1)	0	0
5 AÑOS	24 (32)	1 (1)	0	0
T O T A L	71	2	0	0

FUENTE: CUESTIONARIO DE DATOS.

97% = Normal

3% = con alteraci3n.

0-2 = normal +

3-5 = sospechoso ++

6-8 = probable +++

0-10 = motivo de estudio +++

CUADRO No. 3

DESARROLLO MOTOR GRUESO POR GRUPO DE  
EDAD, SEXO FEMENINO.

+GRADO DE ALATERACION				
EDAD	+	++	+++	++++
	%	%		
3 AÑOS	22 (33)	1 (1.5)	0	0
4 AÑOS	23 (34)	0	0	0
5 AÑOS	19 (28)	1 (1.5)	0	0
TOTAL	64	2	0	0

FUENTE: CUESTIONARIO DE DATOS.

0-2 = normal +

3-5 = sospechoso++

96 % normal

6-8 = probable +++

3% = con alteración

0-10 = motivo de estudio++++

CUADRO No. 4

DESARROLLO MOTOR FINO POR GRUPO DE  
EDAD, SEXO MASCULINO.

+GRADO DE ALTERACION				
EDAD	+	++	+++	++++
	%	%		
3 AÑOS	20 (27)	1 (1.3)	0	0
4 AÑOS	24 (32)	3 (4.2)	0	0
5 AÑOS	24 (32)	1 (1.3)	0	0
TOTAL	68	5	0	0

FUENTE: CUESTIONARIO DE DATOS.

0-2 = normal +

93.2% = normales

3-5 = sospechoso ++

6.8% = normales

6-8 = probable +++

9-10 = motivo de estudio ++++



CUADRO No. 5

DESARROLLO MOTOR FINO POR GRUPO DE  
EDAD, SEXO FEMENINO.

+GRADO DE ALTERACION				
EDAD	+	++	+++	++++
3 AÑOS	21 (31) %	2 (3) %	0	0
4 AÑOS	23 (34)	0	0	0
5 AÑOS	20 (30)	0	0	0
TOTAL	64	2	0	0

FUENTE: CUESTIONARIO DE DATOS.

0-2 = normal+

96.9% = normal.

3-5 = sospechoso++

3% = con alteración.

6-8 = probable+++

9-10 = motivo de estudio++++

CUADRO No. 6

DISTRIBUCION DE LOS ERRORES EN EL LENGUAJE  
 POR GRUPO DE EDAD, SEXO MASCULINO.

ERRORES					
EDAD	0	1	2	3	3+
	%	%	%		%
3 AÑOS	15 (20)	2 (2.7)	0	0	3 (4.1)
4 AÑOS	14 (19)	6 (8.2)	1 (1.3)	0	1 (1.3)
5 AÑOS	20 (27)	1 (1.3)	4 (5.4)	0	2 (2.7)
TOTAL	49	9	5	0	6

FUENTE: CUESTIONARIO DE DATOS.

67% sin alteración.

1 error = 12%

2 " = 6.8%

+ 2 " 8.2 %

CUADRO No. 7

DISTRIBUCION DE LOS ERRORES EN EL LENGUAJE  
 POR GRUPO DE EDAD, SEXO FEMENINO.

ERRORES					
EDAD	0	1	2	3	+3
	%	%	%	%	%
3 AÑOS	18 (27)	2 (3)	0	3 (4.5)	0
4 AÑOS	15 (22)	6 (9)	1 (1)	0	1 (1)
5 AÑOS	14 (21)	1 (1)	4 (6)	1 (1)	0
TOT A L	47	9	5	4	1

FUENTE: CUESTIONARIO DE DATOS.

71 % = sin alteración

1 error = 14.2%

2 " = 7.9%

+ 2 " = 7.9%

CUADRO No. 8

DISTRIBUCION EN LOS ERRORES DE LA ARTICULACION  
DE LA PALABRA, POR GRUPO DE EDAD, SEXO MASCULINO.

EDAD	ERRORES				
	0	1	2	3	+3
	%	%	%	%	%
3 AÑOS	11 (15)	4 (5)	3 (4)	1 (1)	2 (2)
4 AÑOS	13 (17)	5 (6)	5 (6)	0	4 (5)
5 AÑOS	17 (23)	6 (8)	2 (2)	2 (2)	3 (4)
TOTAL	41	15	10	3	9

FUENTE: CUESTIONARIO DE DATOS.

56% = sin alteración.

1 error = 20%

2 " = 13%

+ 2 " = 16%

CUADRO No. 9

DISTRIBUCION EN LOS ERRORES EN LA ARTICULACION DE LA  
PALABRA, POR GRUPO DE EDAD, SEXO FEMENINO.

ERRORES					
EDAD	0	1	2	3	+3
	%	%	%	%	%
3 AÑOS	11 (16)	6 (9)	1 (1)	2 (3)	1 (1)
4 AÑOS	12 (18)	3 (4)	6 (9)	1 (1)	1 (1)
5 AÑOS	14 (21)	0	1 (1)	1 (1)	3 (4)
T O T A L	37	9	8	4	5

FUENTE: CUESTIONARIO DE DATOS:

56% = sin alteración.

1 error = 13.6%

2 " = 12.1%

+ 2 " = 13.6%

CUADRO No. 10

DETECCION DE LA INFORMACION BASICA EN RELACION AL  
GRUPO DE EDAD, SEXO MASCULINO.

ERRORES					
EDAD	0	1	2	3	+3
	%	%	%		%
3 AÑOS	12(16)	7 (9)	2 (2.7)	0	0
4 AÑOS	19(26)	6 (8)	1 (1.3)	0	1 (1.3)
5 AÑOS	19(26)	6 (8)	0	0	0
T O T A L	50	19	3	0	1

FUENTE: CUESTIONARIO DE DATOS.

68 % = sin alteración.

1 error = 20%

2 error = 4.1%

+ 2 error = 1.3%

CUADRO No. 11

DETECCION DE LA INFORMACION BASICA EN RELACION AL  
GRUPO DE EDAD, SEXO FEMENINO.

ERRORES					
EDAD	0	1	2	3	+3
	%	%	%	%	
3 AÑOS	18 (27)	4 (6)	0	1 (1.5)	0
4 AÑOS	16 (24)	6 (9)	0	1 (1.5)	0
5 AÑOS	16 (24)	3 (4.5)	1 (1.5)	0	0
TOTAL	50	13	1	1	0

FUENTE: CUESTIONARIO DE DATOS.

75% = sin alteración.

1 error = 19%

2 " = 1.5%

+ 2 " = 3.0%

CUADRO No. 12

IDENTIFICACION CORPORAL POR GRUPO DE EDAD

SEXO MASCULINO.

ERRORES					
EDAD	0	1	2	3	+3
	%	%	%	%	
3 AÑOS	8(10)	10(13)	3(4.1)	0	0
4 AÑOS	19(26)	7(9.5)	6(8.2)	0	1
5 AÑOS	15(20)	7(9.5)	5(6.8)	1(1.3)	0
TOTAL	42	24	14	1	1

FUENTE: CUESTIONARIO DE DATOS.

57% = sin alteración.

2 o + errores = 21.9%



GRUPO No. 13

IDENTIFICACION CORPORAL POR GRUPO DE EDAD

SEXO FEMENINO.

ERRORES					
EDAD	0	1	2	3	+3
	%	%	%	%	
3 AÑOS	7 (10.6)	11 (16)	4 (6)	1 (1.5)	0
4 AÑOS	13 (19)	7 (10)	3 (4.5)	1 (1.5)	0
5 AÑOS	14 (21)	3 (4.5)	3 (4.5)	0	0
TOTAL	34	21	10	0	0

FUENTE: CUESTIONARIO DE DATOS.

51.5% = sin alteración.

1 error = 31.8%

2 o + " = 18%

CUADRO No. 14

DETECCION DE HIPERTROFIA AMIGDALINA POR GRUPO  
DE EDAD, SEXO MASCULINO.

EDAD	GRADO 0	GRADO 1	GRADO II	GRADO III
	%	%	%	%
3 AÑOS	15 (20)	4 (5.4)	1 (1.3)	0
4 AÑOS	19 (26)	7 (9.5)	3 (4.1)	1 (1.3)
5 AÑOS	16 (21)	6 (8.2)	1 (1.3)	0
TOTAL	5	17	5	1

FUENTE: CUESTIONARIO DE DATOS.

69% = sin alteración.

GI = 23%

GII = 6.8%

GIII = 1.3%

CUADRO No. 15

DETECCION DE HIPERTROFIA AMIGDALINA POR GRUPO DE  
EDAD, SEXO FEMENINO.

EDAD	GO	GI	GII	GIII
	%	%	%	
3 AÑOS	17 (25)	4 (6)	0	0
4 AÑOS	18 (27)	3 (4.5)	1 (1.5)	0
5 AÑOS	13 (19)	5 (7.5)	0	0
T O T A L	48	12	1	0

FUENTE: CUESTIONARIO DE DATOS

72% = sin alteración.

GI = 18.1%

GII = 1.5%

## DISCUSION

El desarrollo del lenguaje puede dividirse en fases:

Las observaciones de la vocalización expresiva del placer se han realizado hacia el tercero o cuarto mes de vida, y hacia el cuarto o quinto mes aparecen cambios en la calidad y cantidad de vocalización, a partir del sexto al séptimo mes se presenta una imitación rudimentaria de sonidos. Las primeras palabras siguen inmediatamente; al primer año se establece el lenguaje de dos o más palabras y en la segunda mitad del segundo año aparecen de modo bastante uniforme la denominación de objetos simples e imágenes. La combinación de las palabras se inicia al final del segundo año, y las primeras frases verdaderas con pronombres y preposiciones se presentan por primera vez en casi todos los niños, en los últimos meses del segundo año o en los primeros del tercer año.

La verdadera respuesta diferencial aparece a los nueve o diez meses para diversas palabras. También aparece respuesta adecuada a órdenes sencillas.

En el presente trabajo se analizó la cantidad y calidad del lenguaje de los niños de 3 a 5 años mediante el test del I.N.C.H., ob -

servandose que en cuanto el desarrollo neurológico, el cual se divide en motor grueso y motor fino, sólo el 3% de los niños presentaban alteraciones en cuanto a la coordinación de las extremidades para realizar actividades en el plano de sustentación, tomar o alejar objetos con ambos lados, así mismo para la realización de destrezas finas como tocar con la punta del dedo su nariz o sacar y meter objetos., se encontró que el 3% presentaba dificultad para realizarlos.

Como se ha mencionado por autores, ( 2 ) que para la adquisición del lenguaje se requiere una integración a nivel central para que la cantidad y calidad del habla sea adecuada; en este estudio, sólo se encontró que el 3% presentaba dificultad para realizar destrezas que correspondían a su edad.

Tal vez esto sea debido a una deficiente participación por parte de los padres en la enseñanza de juegos que permiten la adquisición de estas destrezas.

Para la evaluación del lenguaje se obtuvieron en forma general entre 67 y 71% de los niños para ambos sexos no presentaron alteraciones. Solo el 8% presentó más de 2 errores en el manejo del lenguaje.

Azcoaga menciona que a la edad de tres años el niño debe ser -

capáz de expresar palabras con un significado, así como el uso de verbos, adjetivos, adverbios y finalmente pronombres. Los resultados que se obtuvieron en el grupo de niños, se encontró que el 8% presentaba dificultad para interpretar órdenes sencillas, repetir palabras o su significado; estudios psicológicos (21) refieren que estas alteraciones pueden obedecer, en la mayoría de las ocasiones, cuando ambos padres conviven con su hijo, así como cuando el uso de palabras tiene diferente significado por los padres.

En la pronunciación de la palabra es fundamental que ésta sea expresada en forma clara para que el niño pueda repetirlo en forma adecuada, para lo cual debe fijarse en el movimiento de los labios y la gesticulación usada. Al evaluarse la articulación en este grupo e niños se encontró que el 18% presentaba más de dos errores en la pronunciación de palabras mostrando dificultad al pronunciar letras como "r", "g", "i". En esta edad el niño debe pronunciar sin mucha dificultad estas letras como lo menciona Gessell.

En la información básica: se observó que el 85% de los niños no tenían problema y entre el 1 y 3% con más de 2 errores en datos básicos que deben manejar para su edad, como el nombre, la edad, los días de la semana. En estos casos los niños con alteración obedecieron al grado de cultura y escolaridad de los padres.

La evaluación del esquema corporal se obtiene con 51.5% sin alteraciones y un 18% con más de dos errores, sin encontrarse relación con los problemas de lenguaje.

La exploración de amígdalas, oído, y mucosa nasal, en algunos niños se observa está relacionado con problemas de lenguaje, como consecuencia de una disminución auditiva, disminución en la captación de ondas sonoras, las cuales repercuten en el tipo y calidad del lenguaje.

## CONCLUSIONES

La adquisición del lenguaje no puede explicarse exclusivamente en función de las recompensas y el castigo o de la simple imitación.

Es muy importante la maduración biológica que permite la realización de adelantos en las funciones cognitivas.

Desde temprana edad el niño, capta, analiza el lenguaje que oye a su alrededor. El retardo del lenguaje en algunos casos es atribuido correctamente al hecho de que, el niño puede elaborar un sistema basado en el lenguaje de gestos, el cual es comprendido bien por los padres y hermanos, y sus necesidades son satisfechas, esto ocurre más frecuentemente en familias de varios hijos.

Se ha observado que los hijos únicos suelen estar más avanzados en el desarrollo del lenguaje que niños con hermanos en casa.

Como cualquier otra función conductual, el lenguaje se aprende mediante el condicionamiento, reforzamiento de los sonidos, combinaciones proporcionadas por el medio ambiente.

Los padres refuerzan determinados sonidos, mediante la atención, el elogio y comienzan a predominar las vocalizaciones del niño.



De tal modo que las respuestas lingüísticas cada vez más precisas pueden irse modelando, hasta que el niño emite fácilmente las unidades del lenguaje.

En las primeras fases de adquisición de lenguaje el niño dedica mucho tiempo a practicar combinaciones repetidamente mediante el ensayo y el error.

Su meta es la de producir palabras, que otros puedan reconocer.

La observación longitudinal, tiene valor como medida de madurez del lenguaje.

La aptitud verbal incrementada, suele realzar las funciones cognitivas, como son las de la memoria, pensamiento, solución de problemas y razonamiento.

Es importante hacer un diagnóstico oportuno, ante la sospecha, para así iniciar un tratamiento, o rehabilitación si lo requiere.

La formación del lenguaje se encuentra determinado por los patrones culturales de la sociedad, es frecuente observar que dentro de los grupos familiares se tengan errores para la expresión de la palabra, lo que motiva que los niños manejen en ocasiones palabras inadecuadas al referirse a los objetos.

En nuestro medio no se cuenta con estadísticas reales de los problemas en el desarrollo del lenguaje, así como la identificación de los factores que producen estos transtornos. Se ha observado que los transornos en el desarrollo del lenguaje se deben muy frecuentemente a la - pobre estimulación por parte de los padres, siendo entre otras causas: problemas del oído, hipertrofia amigdalina relacionado también con los problemas de oído, otitis media favoreciendo la disminución de la captación de ondas sonoras, repercutiendo en el tipo y calidad del lenguaje.

Pueden existir errores en el diagnóstico y referir pacientes con supuesta lesión cerebral y/o retrasando, en muchas ocasiones el manejo de estos niños, por lo cual es importante conocer el desarrollo normal del lenguaje, para poder evaluar las alteraciones que se presentan por falta de estimulación y/u orientación tanto a nivel médico como de los padres.

DELEGACION REGIONAL ZONA NORTE  
 CLINICA GUSTAVO A. PADERO  
 DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION

ANEXO

## PROGRAMA DE DETECCION DE PROBLEMAS DE LENGUAJE

APELLIDO PATERNO \_\_\_\_\_ APELLIDO MATERNO \_\_\_\_\_ NOMBRE (S) \_\_\_\_\_  
 FECHA DE NACIMIENTO AÑO \_\_\_\_\_ MES \_\_\_\_\_ DIA \_\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_ SEXO \_\_\_\_\_  
 DIRECCION \_\_\_\_\_  
 TELEFONO \_\_\_\_\_ CODIGO POSTAL \_\_\_\_\_  
 ESCUELA \_\_\_\_\_

## DATOS DE EXPLORACION:

## MOTOR GRUESO:

	0	1	2
-BRINCA CON DOS PIES	_____	_____	_____
-CACHA LA PELOTA	_____	_____	_____
-PATEA LA PELOTA	_____	_____	_____
-PARATE EN UN PIE	_____	_____	_____
-CAMINA CON LOS OJOS CERRADOS	_____	_____	_____

3 ERRORES SON MOTIVO DE SOSPECHA

## MOTOR FINO: ( VISO MOTOR )

-TOCARSE LA PUNTA DE LOS DEDOS \_\_\_\_\_  
 -ABOTONARSE Y DEABOTONARSE LA CAMISA \_\_\_\_\_  
 -CAMINAR SOBRE UNA LINEA RECTA \_\_\_\_\_  
 -MANIPULACION DE OBJETOS (FRASCO Y CANICAS) \_\_\_\_\_  
 -COPIA DE FIGURAS(CIRCULO,CUADRADO,TRIANGULO) \_\_\_\_\_  
 3 ERRORES SON MOTIVO DE SOSPECHA

LENGUAJE:

- TOMAR EN CUENTA EL CUMPLIMIENTO DE LAS ORDENES ANTERIORES.
  - REPETIR LA SIGUIENTE FRASE: EN EL BOSQUE HAY MUCHOS ARBOLES, PAJAROS Y ARDILLAS.
  - DEFINIR ALGUNAS PALABRAS: SOMBRERO, MESA, CAMA, JABON.
  - EMPAREJAR COLORES EN 4 CIRCULOS: ROJO, AMARILLO, VERDE, AZUL.
- 2 ERRORES SON MOTIVO DE SOSPECHA.

ARTICULACION:

- MOSTRAR AL NIÑO TARJETAS CON FIGURAS PARA QUE LAS NOMBRE.

BANDEIRA \_\_\_\_\_

CARACOL \_\_\_\_\_

DORMIR \_\_\_\_\_

FLECHAS \_\_\_\_\_

FUENTE \_\_\_\_\_

GUANTE \_\_\_\_\_

JITOMATE \_\_\_\_\_

LIBRO \_\_\_\_\_

MARTILLO \_\_\_\_\_

MOÑO \_\_\_\_\_

M. PAL \_\_\_\_\_

PATO \_\_\_\_\_

PLANTA \_\_\_\_\_

REGLA \_\_\_\_\_

SANDIA \_\_\_\_\_

TORTUGA \_\_\_\_\_

VIRGEN \_\_\_\_\_

BRECHA \_\_\_\_\_

FLUIDO \_\_\_\_\_

OIDO \_\_\_\_\_

INFORMACION:

-¿COMO TE LLAMAS? \_\_\_\_\_

-¿QUE EDAD TIENES? \_\_\_\_\_

-¿QUE DIA ES HOY? \_\_\_\_\_

-¿CUANTAS PATAS TIENE UN PERRO? \_\_\_\_\_

-¿CUANTOS MESES TIENE UN AÑO? \_\_\_\_\_

-¿CUANTOS DIAS TIENE UN SEMANA? \_\_\_\_\_

-ACTIVIDADES DE LOS ANIMALES \_\_\_\_\_

3 ERRORES SON MOTIVO DE SOSPECHA

ESQUEMA CORPORAL:

- SEÑALA PARTES FINAS DE SU CUERPO: ( CEJAS, PESTAÑAS, OÍDOS, CODOC, RODILLAS)
- SEÑALA PARTES GRUESAS EN OTRAS PERSONAS: ( CABELLA, CUELLO, BRAZOS, PIERNAS)
- ALZA TU PIE DERECHO
- TOCA TU HOMBRO CON LA MANO IZQUIERDA
- SEÑALA TU MANO DERECHA Y LA IZQUIERDA, AHORA CUAL ES MI DERECHA Y CUAL ES MI IZQUIERDA.

3 ERRORES SON MOTIVO DE SOSPECHA

---

---

I.C.S.T.E.

DELEGACION REGIONAL ZONA NORTE  
CLINICA GUSTAVO A. MADRERO  
DEPARTAMENTO DE PREVENCIÓN E INVESTIGACION

PROGRAMA DE DETECCIÓN DE DEFICIENCIAS AUDITIVAS

IDENTIFICACION:

APELLIDO PATERNO \_\_\_\_\_ APELLIDO MATERNO \_\_\_\_\_ NOMBRE(S) \_\_\_\_\_  
FECHA DE NACIMIENTO AÑO \_\_\_\_\_ MES \_\_\_\_\_ DIA \_\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_ SEXO \_\_\_\_\_  
DIRECCION \_\_\_\_\_  
TELEFONO \_\_\_\_\_  
ESCUELA \_\_\_\_\_  
DERECHOPALENTE \_\_\_\_\_ IMSS \_\_\_\_\_ ISSSE \_\_\_\_\_ OTROS \_\_\_\_\_

DATOS DE EXPLORACION :

FECHA \_\_\_\_\_

MEMBRANA TIMPANICA O.D. O.I. O.D. O.I.  
POSICION NORMAL \_\_\_\_\_ BURBUJAS \_\_\_\_\_  
POSICION RETRaida \_\_\_\_\_ HIPERTENSA \_\_\_\_\_  
BRILLANTE \_\_\_\_\_ PERF.CENTRAL \_\_\_\_\_  
OPACA \_\_\_\_\_ PERF.MARGINAL \_\_\_\_\_  
CICATRICES \_\_\_\_\_ OPONIDA \_\_\_\_\_  
NIVEL LIQUIDO \_\_\_\_\_ OCLUSIVOS \_\_\_\_\_  
MUCOSA NASAL NORMAL \_\_\_\_\_ HIALINA \_\_\_\_\_ PUFFULACENTA \_\_\_\_\_  
HIPERTROPIA AMIGDALINA \_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_ ++ \_\_\_\_\_ +++ \_\_\_\_\_  
OBSERVACIONES \_\_\_\_\_

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Watson E.H.; Lowry G.H.  
Crecimiento y Desarrollo del Niño  
Ed. Trillas 1987.
- 2.- Mausen K. Conger  
Desarrollo de la Personalidad del Niño  
Ed. Trillas 1984.
- 3.- Launay C. Maissonny S.B.  
Transtornos del Lenguaje, la Palabra, la Voz en el Niño.  
Ed. Toray-Masson, S.A.
- 4.- Perello J. Dr.; Ponce V.J. Dr.; Tresserra Ll.L.Dr.  
Transtornos del Habla  
Ed. Cientffica Médica.
- 5.- R.E. Behrman, V.C. Vaughan, Nelson  
Tratado de Pediatría  
Ed. Interamericana 12 edición, tomo I.
- 6.- Arnold Gessel  
El Niño de 1-4 años  
Edit. Paidós.

- 7.- Love A.J.; Thompson MG  
Language disorders and deficit disorders in young children  
referred for psychiatric services: analysis of prevalence and  
a conceptual synthesis.  
Am J Orthopsychiatry 1988 Jan; 58 (1): 52-64.
- 8.- MacLacian BG; Charman RS  
Communication breakdowns in normal and language learning disabled.  
Children's conversation and narration  
J Sreen Hear Disord 1988 Feb; 53 (1):2:7.
- 9.- Bettchman J.; Lockett M. Batth S  
Language delay and hiperactivity in preschoolers:evidence  
for a distinc subgroup of hiperactives; published erratum appears.  
In Can J. Psychiatry 1988, feb. 33 (1): 7  
Can J. Psychiatry 1987 nov.: 32 (8): 683-7.
- 10.- Leonard L.B; Sabbadini L; Leonard J.S.; Volterra V  
Specific language impairment in children: a cross-linguistic  
study  
Brain lang 1987 Nov. 32 (2): 233-52.
- 11.- Baker L. Cantewell DP  
Factors associated with the development of psychiatric illness in  
children with early speech/language problems.  
J. Autism Dey Disord 1987 Dec: 17(4): 499-510.



12.- Bristol MM

Mothers of children with autism or communication disorders: successful adaptation and the double ABCX model.  
J. Autism de disord 1987 Dec. 17(4):469-86.

13.- Kamhi AG; catts HW Mauer D; Apel K; Gentry BF

Pronological and apatial processing abilities in language and reading-impaired children.  
J. Speech Hear Disord 1988, Aug; 53(3):316-27.

14.- Callahan CW Jr. Lazoritz S.

Otitis media and language development  
Review article: 22 refs  
Am Fam Physician 1988 My: 37(5):186-90.

15.- Watson MM, Greenberg BR

Referential Communication abilities of learning-disabled language-learning-disabled, and school-age children.  
Percent Mot Skills 1988, Feb: 66(1):11-8.

16.- Love AJ; Thompson MG

Language disorders and attention deficit disorders In young children referred for psychiatric services: analysis of prevalence and a conceptual synthesis.  
AM J. Orthopsychiatry 1988, 58(1): 52-64.

ESTA TESIS  
NO DEBE  
SALIR DE LA  
BIBLIOTECA

- 17.- Muttay L.B.  
El Sistema Nervioso Humano  
II Edición  
México, Buenos Aires.
- 18.- Novick Bárbara Z., Ph D; Maurelh M. Arnold  
Ph D. 1988 Neuropsychology. Edit. Gurne Stratton 1988  
Novick Bárbara Z
- 19.- Azcoaga Juan E, J. A. Bello  
Los Retardos del Lenguaje en el Niño. Edit. Pardos 1982
- 20.- Luria A.R.  
Cerebro y Lenguaje, Edit. Fontanela 1974.
- 21.- Jacobson R.  
Fundamentos del Lenguaje, Madrid 1968
- 22.- Jara Pain  
Diagnóstico y Tratamiento de Problemas de Aprendizaje  
Ediciones: Nueva Visión. 1980
- 23.- J.A. Chicradia y M. Turner  
Los Transtornos del Aprendizaje Psicopedagogia Paidós  
Buenos Aires. 1980

24.- Secretaría de Educación Pública

Metodología de Programa de Educación Preescolar

México 1979.

25.- Rico Benoit

Patología del Lenguaje

Edit. Fontanela México 1976.