

Abordaje del lenguaje y las lenguas desde Pediatría de Atención Primaria

Belen Compains Beaumont, pediatra.

“En el diseño de protocolos y guías deben participar profesionales de Primaria”

“El pediatra está en condiciones de realizar la detección, valoración, intervención, seguimiento y evaluación de todos aquellos niños que “en su cupo” vayan dando muestras de un desarrollo atípico del lenguaje”

“El reto es de qué forma introducir una serie de preguntas y observaciones que nos ayuden a evaluar el lenguaje y a la familia a expresar su opinión”

“Desde Pediatría se puede informar y formar a las familias sobre técnicas básicas de estimulación del lenguaje”

Son muchos los aspectos que podemos abordar desde este título y, con un objetivo didáctico, se ordenan bajo subtítulos que acotan el alcance de cada apartado

1. Acerca del lenguaje y las lenguas, y su proceso de adquisición y desarrollo en la infancia

Con el fin de abordar el tema desde una perspectiva comunitaria utilizaré la definición de lenguaje que ofrece la Real Academia de la Lengua Española.

Lenguaje: *“Facultad del ser humano de expresarse y comunicarse con los demás a través del sonido articulado o de otros sistemas de signos”.*

Los profesionales, tanto de la salud como de la educación, entendemos la palabra “facultad” como “capacidad” y la relacionamos directamente con la “función”, es decir con la “capacidad de” o “capacidad para”. Esto lleva a algunos profesionales a considerar al lenguaje como una “herramienta” que nos sirve para desarrollar o adquirir otras funciones relacionadas. Y esto nos lleva, a nivel práctico, a valorar el nivel de las “competencias lingüísticas” desarrolladas por cada individuo a lo largo de su vida.¹

Esta definición me permite abordar dos conceptos diferentes, uno es el lenguaje y otro es la lengua o lenguas empleadas para ello. Este concepto de lengua hace referencia a ese sonido articulado o a esos sistemas de signos utilizados por cada niño o niña.

Para evaluar la competencia del lenguaje desarrollada por cada individuo, tenemos que conocer cada uno de los sistemas de signos que la persona utiliza para expresarse y comunicarse: diferentes lenguas orales (bilingüismo, plurilingüismo), diferentes lenguas gestuales (lengua de signos, lenguaje bimodal, lenguaje corporal)².

Por último, resaltar también dos términos de esta definición “expresarse” y “comunicarse con otros”. En el contexto de valorar las capacidades y funcionalidades adquiridas, se le está dando mucha importancia al segundo término, la comunicación con otros, pero el primero (la capacidad de expresarse), tiene también mucho valor porque está relacionado con la construcción de la identidad propia y la situación del sujeto en el universo, y el estudio de esta expresión puede facilitarnos la conexión con ese mundo interior del paciente al que estamos estudiando.

Para conocer este sistema de signos es necesario que los clínicos y educadores contactemos con lingüistas que conozcan las estructuras y significados de estos códigos y la forma en la que se adquieren, tanto en sujetos con un desarrollo típico como en quienes encuentran dificultades de índole genética, ambiental o por situaciones o patologías sobrevenidas (desarrollo atípico).

La investigación nos aporta conocimientos para abordar todo esto de una forma profesional, “basada en la evidencia”. Pero no es menos cierto que nos queda mucho por aprender y que cuando aprendemos algo, la propia evolución humana nos aporta otros elementos que distorsionan lo aprendido (como, en este momento, las influencias entre desarrollo de lenguaje y nuevas tecnologías de la comunicación).

Para concluir, el lenguaje es reconocido como una de las funciones superiores del cerebro humano, que asienta en una estructura cerebral, y que gracias a las nuevas tecnologías vamos identificando donde se encuentran físicamente los locus cerebrales y también los locus funcionales. Este conocimiento anatómo-fisiológico nos ayuda a comprender mejor el desarrollo funcional y de las capacidades de cada niño o niña. En la línea espacio tiempo, precisamente esta etapa de la vida (la infancia y más concretamente la primera infancia), ocupa un lugar muy relevante en el desarrollo y adquisición del lenguaje³.

2-Acerca de la Pediatría de Atención Primaria

Nuestro país es uno de los que más ha desarrollado la Pediatría de Atención Primaria en el entorno europeo, colocando al pediatra en los centros de Atención Primaria y Comunitaria.

Tiene relativamente pocos años de andadura (unos 40) y en este tiempo ha sufrido cambios importantes, no siempre bien cimentados en estudios realizados con rigor científico sobre su impacto en la salud comunitaria, sobre todo infantil. No obstante, estudios realizados en la última década -que comparan datos de salud global entre estados que cuentan con esta Atención Primaria Pediátrica frente a otros que no la tienen- aportan evidencias a favor de nuestro modelo.

En estos años se ha pasado del pediatra consultor, al equipo de pediatría con enfermera y posteriormente trabajadora social. Paralelamente, se han ido creando redes de trabajo multiprofesionales, necesarias para abordar problemas complejos como el este. Para ello, hemos tenido que mejorar la comunicación y la lengua de uso profesional para denominar los procesos implicados y poder realizar una adecuada coordinación. Hemos asistido también a un cambio de mirada sobre la forma de abordar estos problemas, adoptando una atención centrada en la persona y no en el profesional.

Para ello, se han creado redes de trabajo que cumplen con los criterios de confidencialidad, a la vez que realizan un trabajo colaborativo. Quizás para facilitarlo, el departamento de Salud ha promovido el desarrollo de protocolos y guías que faciliten el trabajo a familias y profesionales y que dibujen la hoja de ruta.

También se está haciendo un esfuerzo para que desde Atención Primaria se investigue y esto nos permite contactar con otros investigadores pertenecientes al área lingüística y a docentes e investigadores del ámbito de las universidades, además de los mencionados departamentos de educación, salud y políticas sociales.

3-Detección, valoración e intervención desde la consulta del pediatra de Primaria

Creo que podemos asumir que el pediatra de Primaria está en condiciones de realizar en la consulta diaria de su centro de salud labores de detección, valoración, intervención, seguimiento y evaluación de todos aquellos niños que “en su cupo” vayan dando muestras de un desarrollo atípico del lenguaje o de aquellos otros que, presentando un desarrollo típico inicial, se vean afectados por la aparición de patologías en algún momento de su vida.

Una de las características primordiales de la Atención Primaria es la prevención y promoción de la salud, lo que denominamos “prevención primaria”. Básicamente este trabajo se realiza a través de campañas dirigidas a la población general (formaciones, folletos, jornadas) y también en las consultas con “revisiones” del programa de salud infantil⁴.

El reto, en este momento, es de qué forma introducir una serie de preguntas y observaciones que ayuden al pediatra a evaluar el lenguaje y a las familias a expresar su opinión. Aquí ya nos estamos adentrando en el área de la detección y diagnóstico precoz o prevención secundaria.

Para ayudarnos en este cometido nos apoyamos en diversas tablas que nos permiten recoger los hitos de desarrollo a nivel general. Algunas, como el Haizea Llevant o el MCHAT, están alojadas en nuestra plataforma informática (atenea), pero otros más específicos de lenguaje no lo están. Disponemos en la bibliografía de herramientas que cada pediatra, a nivel particular, utiliza en su consulta⁵.

Primer diagnóstico

Una vez realizada la detección, el pediatra debe abordar el reto de emitir un primer diagnóstico. Realmente esta labor es delicada y requiere, muchas veces, alguna cita del paciente en una consulta especial de seguimiento o bien en una consulta de crónicos.

Es un momento difícil en la “relación médico-paciente”, sobre todo cuando es el profesional el que ve el problema y la familia no. También cuando la familia ha preguntado y espera que le tranquilicemos, pero no podemos hacerlo sin completar una evaluación más exhaustiva.

En esta consulta de seguimiento o de crónicos, es necesario completar la evaluación del niño o niña no solo en el ámbito familiar sino en todos aquellos en los que el niño se mueve; es también el momento de conocer mejor las lenguas utilizadas en la familia y en la escuela, y de profundizar en las relaciones psicosociales, en la conducta y en el mundo de las emociones. Podría ser el momento de iniciar la utilización de test de desarrollo del lenguaje, que nos van orientando hacia el tipo de problema que puede presentar. Y también es el momento de revisar el estado general del niño y su comorbilidad con otras patologías. Y el momento de las derivaciones.

El diagnóstico como tal se demorará el tiempo necesario para cumplimentar todas estas etapas nombradas anteriormente, pero debemos procurar que no se prolongue mucho ya que estos periodos de incertidumbre son los que pueden resultar más contraproducentes para la familia en este proceso.

Este diagnóstico sería ya la prevención terciaria y la pregunta que nos planteamos es si es necesario o no emitir un diagnóstico clínico basándonos, sobre todo, en que la ausencia de un diagnóstico no debe impedir que se comience con una intervención. Y esto está

planteado así en la atención temprana, por ello el pediatra debe tomar la decisión temprana de derivar a las familias a este servicio cuando lo vea necesario (criterios de derivación).

Desde un punto de vista clínico, el diagnóstico clínico es necesario porque además de aportar un perfil que ayuda al conocimiento y a la intervención, apunta también a un pronóstico que también debe ser tenido en cuenta; nuevamente la dimensión tiempo tiene un valor importante a la hora de mejorar la eficiencia y eficacia del proceso de habilitación y rehabilitación.

Diagnóstico diferencial

El diagnóstico diferencial permitirá a los pediatras reconocer cual se ajusta más a las características de cada caso. Desde el retraso simple de lenguaje o late talkers hasta el retraso madurativo en una o varias áreas del desarrollo, que configurarán otros diagnósticos como la discapacidad intelectual, el TDL, la dislexia, los trastornos del espectro autista o el TDH. Es decir, todos los trastornos que en este momento están englobados en los trastornos del neurodesarrollo.

Conocer antecedentes de embarazo y parto o genéticos nos llevan a valorar el lenguaje en otros trastornos como el daño cerebral, la sordera o ceguera, sin olvidar los síndromes polimalformativos englobados en las enfermedades raras. Por último, hay factores psicosociales como la inmigración, la pobreza o marginación, el bilingüismo y el plurilingüismo que impactan en todos estos procesos. Y debemos valorar no solo los puntos débiles sino los fuertes en cada uno de estos casos.

Tratamiento habilitador y rehabilitador

Llegamos al tratamiento o intervención en sus dos vertientes: habilitadora y rehabilitadora (prevención cuaternaria)⁶. El pediatra aquí también tiene sus parcelas. Primero porque puede informar y formar a la familia sobre las técnicas básicas de estimulación del lenguaje que deberá ir realizando en casa. También puede prescribir algunos fármacos útiles en algunos casos y ayudar a corregir hábitos de alimentación, sueño, conducta que, en muchos casos, acompañan al problema.

4-Coordinación, redes de trabajo colaborativo, protocolos y guías de manejo.

Este aspecto supone el reto más importante que debemos afrontar en estos momentos. Se han dado pasos importantes para que esta forma de trabajo pueda realizarse de manera segura, respetando la privacidad de los pacientes. Se han creado estructuras para poder llevar a cabo protocolos que faciliten el trabajo, pero debemos contemplar dos aspectos para mejorar su eficiencia y eficacia.

El primero es contar con los profesionales de la Atención Primaria, no solo de salud sino de educación o servicios sociales, a la hora de diseñar los protocolos y guías ya que, recordemos, la base de la pirámide está en la Atención Primaria.

El segundo es que debemos lograr que accedan a estas estructuras todos los niños, independientemente de cuál sea su orientación diagnóstica. Esto implica que hay que permitir que, en esa hoja de ruta, al menos en este tema, entren todos los niños que tengan un problema de lenguaje pero que su diagnóstico puede abarcar todos los trastornos del

neurodesarrollo e incluso acoplar vías a los protocolos de sensoriales o motóricos que tienen una incidencia también en estos casos.

Bibliografía

1. Agilar ,E.Igualada A. *dificultades del lenguaje en los trastornos del desarrollo*. Vol 3. UOC. UOC 9788491805373
2. Klymenchuk AK, de Psicología G. Bilingüismo y desarrollo del lenguaje.
3. Aguilera-Albesa S, Busto O. Trastornos del lenguaje. *Pediatr Integral*. 2012;16.
4. Álvarez Gómez MJ, Soria Aznar J, Galbe Sánchez-Ventura J. Importancia de la vigilancia del desarrollo psicomotor por el pediatra de Atención Primaria: revisión del tema y experiencia de seguimiento en una consulta en Navarra. *Pediatría Aten Primaria*. 2009;11(41):65-87.
5. Gatell,. Trastornos del neurodesarrollo y del aprendizaje:abordaje desde pediatría de atención primaria. Published online 2022.
<https://www.sjdhospitalbarcelona.org/sites/default/files/content/file/2022/05/25/1/monografia-transtorns-neurodesenvolupament-aprenentatge-hospital-sant-joan-deu.pdf>
6. Gerrero R. *El cerebro infantil y adolescente: claves y secretos de la neuroeducación*. Vol 1. libros cupula; 2021.

Etapas de Desarrollo del Lenguaje



Anexo E - Protocolo de observación en retraso y Trastorno del Lenguaje

ÍTEMS		SÍ	NO
Aspectos generales			
	1. Tiene antecedentes familiares con problemas de lenguaje		
	2. Presentó retraso en la adquisición de las primeras palabras (sobre los 2 años)		
	3. Presentó retraso al hacer las primeras frases juntando dos palabras (sobre los 3 años)		
	4. Se observa discrepancia entre el desarrollo cognitivo y la competencia lingüística		
	5. Siempre ha mostrado dificultades de comprensión oral (palabras, órdenes...)		
	6. El examen audiológico es normal a pesar de parecer hipoacúsico o con problemas de atención		
Aspectos específicos*			
NIVEL FONOLÓGICO	7. Tiene dificultades para discriminar y reconocer sonidos significativos de la lengua		
	8. Su lenguaje expresivo es muy limitado e ininteligible		
	9. Le cuesta la emisión y la secuenciación correcta de los sonidos que componen las palabras		
	10. Confunde y sustituye sonidos		
	11. Le cuesta vocalizar o lo hace con un esfuerzo destacable		
	12. Manifiesta poco dominio de la entonación en sus producciones verbales		
	13. Presenta baja memoria verbal a corto plazo en tareas de repetición		
	14. Omite sílabas iniciales y/o finales		
	15. Simplifica los grupos consonánticos		
	16. Tiene dificultades para producir palabras trisílabas		
	17. Omite sílabas átonas		
	18. Simplifica diptongos		
	19. Presenta dificultades para identificar, diferenciar y manipular mentalmente los sonidos que forman las palabras (Conciencia fonológica)		
NIVEL MORFOSINTÁCTICO	20. Le cuesta la comprensión de órdenes, de enunciados largos y de estructuras complejas		
	21. Tiene dificultades para entender estructuras sintácticas ambiguas		
	22. Muestra una comprensión y un uso limitado de los prefijos y sufijos de las palabras		
	23. Tiene dificultades con los tiempos verbales		
	24. Omite o no domina las palabras función (artículos, preposiciones, verbos auxiliares, etc.)		
	25. Altera la orden habitual de las palabras		
	26. Comete errores de concordancia dentro de los sintagmas, entre sintagmas y entre oraciones		
	27. Utiliza frases muy cortas		
	28. Tiene un repertorio muy limitado de estructuras sintácticas		
	29. Utiliza incorrectamente las reglas sintácticas		
NIVEL LEXICOSEMÁNTICO	30. Muestra dificultades en la comprensión oral de palabras y enunciados		
	31. Tiene un vocabulario a nivel comprensivo reducido		
	32. Le cuesta entender palabras relacionadas con el espacio y el tiempo		
	33. Tiene dificultades para relacionar palabras y campos semánticos		
	34. Utiliza palabras generales en vez de palabras más específicas		
	35. Se expresa con un vocabulario pobre en comparación a los niños de la misma edad		
	36. Presenta pocos conocimientos de sinónimos y antónimos		
	37. Cambia una palabra por otra que pertenece al mismo campo semántico		
	38. Hace circunloquios por dificultades de acceso al léxico (usa muchas palabras para expresar una sola)		
	39. A menudo se encalla cuando habla por culpa de las dificultades de acceso al léxico		
	40. Utiliza palabras comodín de forma excesiva		

Trastornos del neurodesarrollo y aprendizaje. Abordaje desde pediatría de atención primaria

Esta tabla está en la página 107 del libro