

**COMORBILIDADES PSIQUIATRICAS DE LOS NIÑOS CON
TRASTORNOS DEL LENGUAJE QUE ASISTEN A CONSULTA
EXTERNA DE FONOAUDIOLOGÍA DEL HOSPITAL MILITAR
CENTRAL**

Andrea del Pilar Guzmán López

UNIVERSIDAD EL BOSQUE

FACULTAD DE MEDICINA

PROGRAMA DE PSIQUIATRÍA INFANTIL Y DEL ADOLESCENTE

BOGOTÁ

2013

Dr. Roberto Chaskel. Psiquiatra de niños y adolescentes. Universidad El Bosque. Asesor temático.
Dra. Soraya Colina. Fonoaudióloga. Hospital Militar Central. Asesora temática.
Dr. Daniel Toledo. Psiquiatra, Epidemiólogo. Universidad El Bosque. Asesor metodológico.

UNIVERSIDAD EL BOSQUE

FACULTAD DE MEDICINA

COMORBILIDADES PSIQUIATRICAS DE LOS NIÑOS CON TRASTORNOS DEL
LENGUAJE QUE ASISTEN A CONSULTA EXTERNA DE FONOAUDIOLOGÍA

DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL

GRUPO DE INVESTIGACIÓN SALUD MENTAL, NEURODESARROLLO Y

CALIDAD DE VIDA

HOSPITAL MILITAR CENTRAL

INVESTIGACIÓN DE POSTGRADO

ANDREA DEL PILAR GUZMÁN LÓPEZ

ASESOR TEMÁTICO:

DR. ROBERTO CHASKEL. PSIQUIATRA DE NIÑOS Y ADOLESCENTES.

UNIVERSIDAD EL BOSQUE.

DRA. SORAYA COLINA. FONOAUDIÓLOGA. HOSPITAL MILITAR CENTRAL.

ASESOR METODOLÓGICO:

DR. DANIEL TOLEDO. PSIQUIATRA, EPIDEMIÓLOGO.

UNIVERSIDAD EL BOSQUE

NOTA DE SALVEDAD DE RESPONSABILIDAD INSTITUCIONAL:

“La Universidad El Bosque, no se hace responsable de los conceptos emitidos por los investigadores en su trabajo, solo velará por el rigor científico, metodológico y ético del mismo en aras de la búsqueda de la verdad y la justicia”.

AGRADECIMIENTO:

Servicio de Psiquiatría Infantil y Fonoaudiología del Hospital Militar Nueva Granada.

DEDICATORIA:

A mis asesores y profesores de la Universidad El Bosque.

Al servicio administrativo de la Universidad El Boque.

TABLA DE CONTENIDO

1. Resumen	11
2. Introducción	12
3. Marco Teórico	13
3. Problema	20
4. Justificación	21
5. Objetivos	22
5.1 Objetivo General	22
5.2 Objetivos Específicos	22
6. Aspectos Metodológicos	23
6.1 Tipo de Estudio	23
6.2 Población de Referencia y Muestra	23
6.3 Criterios de Inclusión	23
6.4 Criterios de Exclusión	23
6.5 Definición de variables	24
6.7 Técnicas de Recolección de la información (Instrumento)	39
7. Materiales y Métodos	40
8. Plan de Análisis	41
9. Aspectos Éticos	42
10. Resultados	43
11. Discusión	89
12. Conclusiones	93
13. Referencias Bibliográficas	95

14. Anexos	99
------------	----

LISTA DE TABLAS.

Tabla 1. Distribución de las complicaciones durante el embarazo.	49
Tabla 2. Distribución del motivo de la cesárea.	50
Tabla 3. Tratamiento por las complicaciones asociadas al parto por cesárea.	51
Tabla 4. Tiempo de utilización del chupo.	54
Tabla 5. Distribución de las primeras palabras.	73

LISTA DE FIGURAS.

Figura 1. Porcentaje de los pacientes excluidos del estudio.	43
Figura 2. Distribución por edad.	44
Figura 3. Distribución por género.	44
Figura 4. Porcentajes de los estratos socioeconómicos.	45
Figura 5. Distribución del sistema de afiliación.	45
Figura 6. Distribución de los servicios que remite a fonoaudiología.	46
Figura 7. Distribución de los motivos de consulta.	46
Figura 8. Edad de remisión al servicio de consulta externa de fonoaudiología.	47
Figura 9. Lugares donde se observan las primeras dificultades de los niños.	47
Figura 10. Complicaciones durante el embarazo.	48
Figura 11. Forma del parto.	50
Figura 12. Complicaciones de los pacientes que nacieron por cesárea.	51
Figura 13. Distribución por semanas gestacionales.	51
Figura 14. Distribución del peso en el recién nacido.	52

Figura 15. Porcentaje de la situación materna en el momento del nacimiento.	52
Figura 16. Síntomas de depresión en las madres durante el puerperio.	53
Figura 17. Succión.	53
Figura 18. Utilización del chupo.	54
Figura 19. Lactancia materna.	55
Figura 20. Tiempo de lactancia materna.	55
Figura 21. Utilización de tetero.	56
Figura 22. Duración de utilización del tetero en meses.	56
Figura 23. Alimentación actual.	57
Figura 24. Presentación de la sonrisa.	57
Figura 25. Presentación del sostén cefálico.	58
Figura 26. Presentación de sedente.	58
Figura 27. Presentación de gateo.	59
Figura 28. Presentación de bipedestación.	59
Figura 29. Control de esfínter vesical diurno.	60
Figura 30. Control de esfínter vesical nocturno.	60
Figura 31. Control de esfínter anal.	61
Figura 32. Porcentaje de los pacientes que asisten a los controles de crecimiento y desarrollo.	61
Figura 33. Porcentaje de los pacientes que asisten a vacunación.	62
Figura 34. Distribución de los antecedentes personales.	63
Figura 35. Distribución de los antecedentes patológicos.	63
Figura 36. Distribución de los antecedentes familiares.	64

Figura 37. Cuidados del paciente desde recién nacido hasta el 1 año.	65
Figura 38. Cuidados del paciente desde del 1 año hasta inicio de la escolaridad.	65
Figura 39. Porcentaje de pacientes con objeto transicional.	66
Figura 40. Apego entre madre e hijo.	66
Figura 41. Formas de castigos impuestos por los padres a los pacientes.	67
Figura 42. Formas de premios impuestos por los padres a los pacientes.	67
Figura 43. Porcentaje de la presencia del sueño inquieto.	68
Figura 44. Porcentaje de la presencia de somniloquia.	68
Figura 45. Porcentaje de la presencia de colecho.	69
Figura 46. Porcentaje de la presencia de hábitos de rutina.	69
Figura 47. Porcentaje de la presencia de bruxismo.	70
Figura 48. Porcentaje de la presencia de sonambulismo.	70
Figura 49. Porcentaje de la presencia de pesadillas.	71
Figura 50. Tipo de juego.	71
Figura 51. Distribución de las personas que juegan con los pacientes.	72
Figura 52. Porcentaje de los pacientes que tienen mascota.	72
Figura 53. Relación con la mascota.	73
Figura 54. Porcentaje de la primera palabra.	74
Figura 55. Porcentaje de la segunda palabra.	74
Figura 56. Porcentaje de la tercera palabra.	75
Figura 57. Formas de comunicación no verbal.	75
Figura 58. Edad de inicio de escolaridad.	76
Figura 59. Adaptación escolar.	76

Figura 60. Reprobación escolar.	77
Figura 61. Promoción automática.	77
Figura 62. Tipo de colegio.	78
Figura 63. Promedio de los años que llevan estudiando los pacientes.	78
Figura 64. Año actual de escolaridad.	79
Figura 65. Relación con pares.	69
Figura 66. Relación con profesores.	80
Figura 67. Rendimiento escolar.	80
Figura 68. Porcentaje de los síntomas de ansiedad.	81
Figura 69. Porcentaje de los síntomas de baja autoestima.	81
Figura 70. Porcentaje de los síntomas de distractibilidad.	82
Figura 71. Porcentaje de los síntomas de hiperactividad.	82
Figura 72. Porcentaje de los síntomas de inatención.	83
Figura 73. Porcentaje de los síntomas de agresividad.	83
Figura 74. Porcentaje de los síntomas de pataletas.	84
Figura 75. Porcentaje del Trastorno por déficit de atención e hiperactividad.	84
Figura 76. Porcentaje del Trastorno de conducta.	85
Figura 77. Porcentaje del Trastorno oposicional desafiante.	85
Figura78. Porcentaje del Trastorno de Aprendizaje.	86
Figura 79. Distribución de exámenes complementarios.	86
Figura 80. Manejo integral de los pacientes.	87
Figura 81. Niveles de lenguaje en meses en el que se encuentran los pacientes.	88

Objetivo: Describir las comorbilidades psiquiátricas de los niños con trastornos del lenguaje atendidos en la consulta externa de Fonoaudiología del Hospital Militar Central Bogotá. Describir las características sociodemográficas y clínicas de los niños con trastornos del lenguaje atendidos en la consulta externa de Fonoaudiología del Hospital Militar Central Bogotá. Describir las comorbilidades médicas crónicas, psicológicas, sociales y psiquiátricas de los niños con trastornos del lenguaje atendidos en la consulta externa de Fonoaudiología del Hospital Militar Central Bogotá. Caracterizar la comunicación y el lenguaje de los niños con trastornos del lenguaje atendidos en la consulta externa de Fonoaudiología del Hospital Militar Central Bogotá. Materiales y métodos: Descriptivo, corte transversal. Técnicas estadísticas: Se revisó y se depuró la base de datos contra los registros originales (formatos). Se tabuló la información en una base de datos en el programa Excel y se manejó en el programa SPSS Versión disponible en la Universidad El Bosque. Resultados: La presente investigación fue posible gracias a la colaboración de todos de los pacientes que asistieron a consulta externa de Fonoaudiología del Hospital Militar Central, de los cuales 23 pacientes fueron retirados del estudio por los criterios de exclusión, de estos, más de la mitad (54%) por antecedentes de otitis media aguda a repetición (54%). Otros diagnósticos causa de retiro fueron: Retardo mental (16%), Trastorno generalizado del desarrollo (12%), Epilepsia (siete por ciento) y Parálisis cerebral (siete por ciento). Es difícil extrapolar a la población Colombiana la información obtenida ya que los pacientes que asisten al Hospital Militar Central hacen parte de una población con un régimen especial en salud por lo cual es una población cautiva, la mayoría de estrato socioeconómico tres y correspondientes a Ejército (posiblemente porque las otras fuerzas son atendidas en dispensarios propios), a pesar de estas limitaciones es de resaltar que hasta donde la autora revisó no encontró trabajos similares en Colombia. Conclusiones: La cantidad de pacientes evaluados fue escasa pero suficiente a pesar de ser un estudio censal. Hace falta realizar estudios prospectivos durante varios años donde se puede evidenciar de una manera longitudinal las comorbilidades del trastorno del lenguaje. La información se obtuvo de varias fuentes como la historia clínica de los diferentes servicios y la entrevista al acudiente para disminuir el sesgo de memoria. Es el primer estudio a nivel Colombiano y uno de los primeros en América Latina.

Palabras claves: Trastornos del lenguaje, Psiquiatría, Comorbilidades, Niños.

Objective: To describe the psychiatric comorbidities of children with language disorders treated at the outpatient Fonoaudiología Hospital Militar Central Bogotá. To describe the sociodemographic and clinical characteristics of children with language disorders treated at the outpatient Fonoaudiología Hospital Militar Central Bogotá. Describe chronic medical comorbidities, psychological, social and psychiatric children with language disorders treated at the outpatient Fonoaudiología Hospital Militar Central Bogotá. Characterizing the communication and language of children with language disorders treated at the outpatient Fonoaudiología Hospital Militar Central Bogotá. **Methods:** Descriptive, cross-sectional.

Statistical techniques: Revised and database against original records (formats) are purged. Information was tabulated in a database in Excel and drove in SPSS version available in the El Bosque University.

Results: This research was made possible by the collaboration of all patients attending outpatient Fonoaudiología the Hospital Militar Central, of which 23 patients were withdrawn because of the exclusion criteria, of these, more than half (54 %) by a history of recurrent acute otitis media (54%). Other diagnoses cause of withdrawal were: mental retardation (16%), pervasive developmental disorder (12%), epilepsy (seven percent) and cerebral palsy (seven percent). It is difficult to extrapolate to the Colombian population information obtained as patients attending the Hospital Militar Central are part of a population with a special regime on Health which is a captive population, most socioeconomic three match Army (possibly because other forces are treated in their own clinics), despite these limitations it is noteworthy that as far as the author reviewed found similar work in Colombia.

Conclusions: The number of patients was small but enough despite being a census study. We need prospective studies for several years where you can show a longitudinally comorbid language disorder. The information was obtained from various sources such as medical history of different services and interview the guardian to reduce recall bias. It is the first study to Colombian level and one of the first in Latin America.

Keywords: Language disorders, Psychiatric Comorbidities, Children.

1. Introducción

El presente estudio tiene como objetivo caracterizar a los pacientes que asisten a consulta al Hospital Militar Central gracias a que son una población cautiva y esto permite tener una historia clínica completa, realizar seguimientos y proponer intervenciones a futuro con la finalidad de prevenir las dificultades que se encuentren.

2. Marco teórico

A través de la historia, el lenguaje ha desempeñado un papel crucial en nuestra evolución (Ver Tabla 1). Como especie, los seres humanos hemos desarrollado la capacidad de transformar el lenguaje oral en símbolos, escritura y enseñarlo por medio de reglas preestablecidas. Se define el lenguaje como la comprensión y el uso de las palabras para comunicarse con los demás la cual se desarrolla desde el nacimiento y permite expresar ideas, emociones, pensamientos e información para relacionarnos con las demás personas ^(1, 2, 3).

Los conocimientos lingüísticos son fundamentales para la comunicación interpersonal siendo pieza clave para el funcionamiento social al igual que el desarrollo psicomotor aunque este último pasa a un segundo plano con el transcurrir de los años ya que es el lenguaje la habilidad más valorada socialmente en la cual se basa la lectura y la escritura ⁽⁴⁾.

Las etapas en el desarrollo normal del lenguaje incluye la vocalización, sonidos individuales, balbuceos, palabras sueltas, jerga, comparación de dos palabras y frases sencillas acorde con la edad en la que se encuentre el niño ^(5, 6). (Ver Tabla 2). El desarrollo fonológico normal se resume en la Tabla 3 y Figura 1. Existe una "regla de cuatro patas" en la cual se divide la edad del niño entre cuatro y el cociente que se obtiene es aproximadamente la cantidad del discurso que debe ser comprendido por un tercero, por ejemplo un niño de un año ($1/4:0,25$) debe tener el 25% de su lenguaje entendible, un niño de dos años, debe tener el 50% y un niño de cinco años debe tener el 100% de su lenguaje entendible ⁽⁷⁾.

Desde los primeros trabajos en los años 80, se ha sugerido que el componente del lenguaje más afectado es el morfosintáctico ^(7, 19) (Ver Tabla 4). Los niños con retraso del lenguaje tienen un desarrollo del mismo lento pero el resto de su desarrollo es normal ⁽²⁾. En general, son valorados por primera vez en consulta externa entre los 24 y 36 meses con un vocabulario muy reducido (menor a 100 palabras) y un desarrollo básico y simple de la sintaxis y la morfología ⁽⁸⁾.

El trastorno específico del lenguaje (TEL) constituye una “anormal adquisición, comprensión y expresión del lenguaje hablado o escrito. El problema puede implicar a todos, uno o algunos de los componentes fonológico, morfológico, semántico, sintáctico o pragmático del sistema lingüístico. Los individuos con trastornos de lenguaje tienen frecuentemente problemas de procesamiento del lenguaje o de abstracción de la información significativa para almacenamiento y recuperación por la memoria a corto o a largo plazo” ⁽²³⁾,

Las características del TEL son: un retraso significativo en el lenguaje expresivo y/o receptivo, una diferencia de alrededor de 12 meses entre la edad mental y lingüística, problemas de tiempo de procesamiento y de memoria de trabajo y coeficiente intelectual mayor a 80 ⁽⁷⁾. Se debe tener en cuenta que el predominio y la gravedad de cada componente es diferente ⁽⁹⁾ por lo que la sintomatología es variada.

Durante el tiempo, este trastorno ha sido denominado de diferentes formas: disfasia, afasia receptiva, sordera verbal, agnosia auditiva, disfasia infantil, afasia congénita, afasia del desarrollo ⁽⁷⁾. Por ejemplo, en los años de 1950 a 1960, en la literatura se encuentran datos acerca del retraso del lenguaje especificados como retraso del habla ⁽⁶⁾.

Actualmente no hay un consenso respecto a la definición de trastorno del lenguaje por lo que los criterios utilizados por cada investigación influyen sobre la prevalencia que varía según los autores entre el 1,5 - 7,4% siendo más común en hombres (3:1). (5, 10, 11, 22).

En las tablas 5, 6, 7 y 8 se encuentran los criterios diagnósticos de trastornos del lenguaje según Leonard y Bishop ⁽¹⁾, la clasificación de Rapin y Allen ⁽¹¹⁾ el DSM-IV y la CIE-10 respectivamente.

Se han establecido diversos factores de riesgo para los trastornos del lenguaje como: género masculino, prematuridad ⁽¹²⁾, bajo peso al nacer ⁽⁵⁾, antecedentes familiares de retraso en el lenguaje, aunque en un estudio se encontró que en el 35-58% no se encontraban familiares afectados ⁽¹³⁾.

Existen otros factores menos consistentes como las enfermedades en la infancia y el nivel educativo de los padres, entendiendo que al existir baja educación, se utiliza un lenguaje pobre, básico y sencillo y solo la mitad de los padres se preocupa acerca del desarrollo del lenguaje de sus hijos ^(10, 20).

Dentro de las causas del trastorno del lenguaje se encuentran múltiples factores como los genéticos. Se encontró una familia KE con dispraxia orofacial que limita el control de movimientos motores finos en la parte inferior de la cara produciendo dispraxia del habla y trastorno del lenguaje grave como consecuencia directa de esta restricción ^(14, 22).

La mayor parte de las investigaciones ⁽⁶⁾ se centran en características estructurales del lenguaje como la edad de aparición de las primeras palabras, tamaño del vocabulario, partes del discurso, media de la longitud de la oración.

Es importante comprender como interactúa el niño con los diferentes contextos (cuidador, lengua, familia) para observar la multiplicidad de factores que se relacionan cuando hablamos de un niño con trastorno de lenguaje.

Cada contexto (familia, primeras experiencias escolares) proporciona al niño una oportunidad diferente de aprender el lenguaje (palabras, nombres de objetos, palabras para acciones) por medio de contar historias, juegos de palabras, rimas, canciones y lecturas con preguntas lo que hace único a cada niño (5, 15, 20).

Se ha demostrado que cuando los niños viven en ambientes con privación sociocultural tienen menor desarrollo de las habilidades lingüísticas generando retraso en el desarrollo del lenguaje, problemas cognitivos y escolares (16, 20). La privación sociocultural se determina de acuerdo a los criterios de Trigo (1990): niños que asisten a colegios situados en zonas privadas socialmente, no hay dificultades lingüísticas ni de comprensión ni de expresión de los niños según los profesores, padres con un nivel de alfabetización escaso y una baja calificación profesional.

Con respecto a la crianza en los ambiente bilingües no se encontraron diferencias significativas acerca del riesgo de desarrollar algún tipo de alteración del lenguaje (17) teniendo en cuenta que estos niños utilizaban la mezcla de las dos lenguas inicialmente lo cual disminuía con la edad sin necesidad de terapia de lenguaje (5).

Las investigaciones demuestran que los niños con trastornos del lenguaje tienen mayor probabilidad de tener problemas psicosociales y comorbilidades psiquiátricas con un funcionamiento global bajo impactando su calidad de vida. Durante la etapa escolar, pueden presentar dificultades para leer en la escuela primaria con interferencia sobre el aprendizaje y si esto persiste por 5 años aproximadamente, se encuentra un aumento en

la incidencia de problemas de atención, bajo rendimiento escolar y dificultades sociales con deterioro en las habilidades de escritura (7, 21). También tienen una mayor relación con problemas de ansiedad y trastornos del aprendizaje a la edad de 19 años.

Los problemas de comportamiento asociados al trastorno del lenguaje (rabietas, inquietud motora) pueden persistir o mejorar a medida que las habilidades de comunicación del niño mejore (2, 5) ya que el lenguaje actúa como regulador de la conducta; aunque en los estudios longitudinales se ha demostrado que entre el 50 - 70 % de estos niños continúan presentando problemas en la edad adulta como trastornos emocionales y conductuales (4,16) que afecta el desenvolvimiento social (7).

Desde la década de los 70, se encuentran estudios sobre las consecuencias psicológicas y comportamentales del maltrato infantil encontrando también, deficiencias en el empleo del lenguaje, incapacidad para la abstracción y la generalización de conceptos y trastornos del habla entre otros (18). Se realizó un estudio (5) en donde se encontró que el abandono y maltrato emocional tiene mayores repercusiones en el desarrollo del lenguaje que el abandono y maltrato físico siendo el componente del lenguaje más afectado el morfológico seguido del sintáctico.

Se observó que los niños enuréticos presentan un mayor porcentaje de dificultades como "habla poco" (25%) y trastornos del lenguaje (68,8%) comparados con los niños no enuréticos (5,8% y 50,6% respectivamente), lo que sugiere que se debe preguntar acerca del control de esfínteres en las entrevistas de Fonoaudiología de acuerdo al enfoque bio-psíquico (9).

No se ha establecido con certeza la relación existente entre la otitis media aguda con derrame y los trastornos del lenguaje (13), aunque en este estudio (10) se especificó que la

otitis media aguda con efusión se asocia a una pérdida conductiva fluctuante de la audición en el rango de 15 - 40 dB considerada como una causa menor del trastorno del lenguaje. También se demostró que niños con antecedentes de otitis media con derrame en los primeros tres años tenían una pérdida significativa de la audición, pero sigue siendo controversial esta relación.

Se han realizado diversos estudios en Latinoamérica (4, 3, 16, 17) donde se caracteriza una población específica con respecto a los trastornos del lenguaje sin incluir las comorbilidades psiquiátricas y tomando el TDAH como parte de los criterios de exclusión por afectar directamente la atención y con ello las otras funciones ejecutivas (7)

3. Problema

Existe una dificultad acerca de la definición de los trastornos del lenguaje lo que genera datos variados. A pesar de esto, es importante observar los factores asociados a estos trastornos del lenguaje para poder identificarlos precozmente e iniciar una intervención temprana garantizando un mejor pronóstico.

El trastorno del lenguaje tiene consecuencias a nivel del aprendizaje, de las habilidades verbales, cognitivas y sociales teniendo riesgo de que estos niños tengan una baja autoestima y diversas comorbilidades psiquiátricas que requieren un manejo precoz para minimizar la posibilidad de que estos trastornos sean complejos y puedan tener un impacto en la vida adulta con problemas en la calidad de vida de los mismos. Esto destaca la necesidad de desarrollar y mantener programas de intervención temprana para disminuir este impacto negativo que tiene los trastornos del lenguaje y evitar que se requiera un manejo a largo plazo.

4. Justificación

Cuando un niño presenta un trastorno del lenguaje puede tener un curso devastador al presentar dificultades a nivel emocionales, sociales y familiares. Esta “bola de nieve” debe manejarse en una etapa inicial realizando una detección e intervención temprana para ayudar a estos niños a desarrollar habilidades comunicativas (sin forzar el ritmo evolutivo) con sus pares con la intención de moderar los efectos del trastorno a largo plazo.

Generalmente los niños tienen valoraciones de controles de crecimiento y desarrollo por parte de un médico entrenado o pediatra pero en varias oportunidades los niños con trastornos del lenguaje llegan a consulta externa por otros motivos lo que sugiere que hay diversas comorbilidades psiquiátricas, las cuales hacen que el cuadro clínico sea más complejo, que se requiera un equipo de trabajo mayor y duradero en el tiempo.

El tratamiento precoz de estos trastornos, se basa en la plasticidad cerebral que es la adaptación funcional del sistema nervioso central para minimizar los efectos de las alteraciones estructurales y fisiológicas independiente de la causa tratando de regular esta dificultad. Esta intervención temprana debe ser constante, secuencial y de acuerdo a la edad del desarrollo del niño teniendo un programa de manejo previamente estructurado.

5. Objetivos

5.1. Objetivo General.

Describir las comorbilidades psiquiátricas de los niños con trastornos del lenguaje atendidos en la consulta externa de Fonoaudiología del Hospital Militar Central Bogotá.

5. 2. Objetivos Específicos.

-Describir las características sociodemográficas y clínicas de los niños con trastornos del lenguaje atendidos en la consulta externa de Fonoaudiología del Hospital Militar Central Bogotá.

-Describir las comorbilidades médicas crónicas, psicológicas, sociales y psiquiátricas de los niños con trastornos del lenguaje atendidos en la consulta externa de Fonoaudiología del Hospital Militar Central Bogotá.

-Caracterizar la comunicación y el lenguaje de los niños con trastornos del lenguaje atendidos en la consulta externa de Fonoaudiología del Hospital Militar Central Bogotá.

6. Aspectos Metodológicos

6.1. Tipo De Estudio

Descriptivo, corte transversal.

6.2. Población de Referencia y Muestra

Niños con trastornos del lenguaje según DSM-IV y CIE-10 que asisten a consulta externa de Fonoaudiología del Hospital Militar Central Bogotá.

Se incluirán todos los pacientes que asisten por primera vez a consulta externa de fonoaudiología del Hospital Militar Central.

6.3. Criterios De Inclusión

- Pacientes con diagnóstico de trastorno del lenguaje según DSM-IV y CIE-10.
- Edad mayor o igual de tres años y menor o igual a 10 años en el momento de las evaluaciones.
- Pacientes con alteraciones funcionales de la comprensión y/o la expresión persistente después de los tres años de edad.
- Pacientes con coeficiente intelectual mayor o igual a 80 en el momento de la evaluación.

6.4. Criterios De Exclusión

- Hipoxia severa neonatal.
- Parálisis cerebral.
- Trauma craneoencefálico moderado a severo.

- Epilepsia.
- Deprivación sensorial, sordera o hipoacusia.
- Retardo mental.
- Trastornos generalizados del desarrollo.
- Síndrome de Gilles de la Tourette.

6.5 Definición De Variables

DEMOGRAFICAS

Variable	Definición	Fuente de información	Valor	Tipo de variable	Escala	Tratamiento estadístico
Edad	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de una persona	Documento de identificación	Años y meses	Numérica	Continua	Estadísticos descriptivos Medidas de tendencia central
Estrato socioeconómico	Condición económica actual	Recibo de servicio público (agua)	1-6	Categórica	Ordinal	Estadísticos descriptivos Medidas de tendencia central
Género	Masculino Femenino	Documento de identificación		Categórica	Nominal	Estadísticos descriptivos Medidas de tendencia central
Edad en que notan las dificultades	Tiempo en años y meses cuando se notan las dificultades	Historia clínica	Años y meses	Numérica	Continua	Estadísticos descriptivos Medidas de tendencia central

EMBARAZO Y PARTO

Complicaciones del embarazo	Procesos patológicos asociados con el embarazo	Historia clínica	Si No	Categórica	Binomial	Estadísticos descriptivos Medidas de tendencia central
Tipo de parto	Modalidad por la que nace el bebé	Historia clínica	Vaginal Cesárea	Categórica	Binomial	Estadísticos descriptivos Medidas de tendencia central
Complicaciones del parto	Procesos patológicos asociados con el parto	Historia clínica	Si No	Categórica	Binomial	Estadísticos descriptivos Medidas de tendencia central

ALIMENTACIÓN

Succión normal	Succión involuntario activo al tocar los labios con la boca	Historia clínica	SI No	Categórica	Binomial	Estadísticos descriptivos Medidas de tendencia central
Uso de chupo	Objeto con el cual se realiza la acción de chupar	Historia clínica	Si No	Categórica	Binomial	Estadísticos descriptivos Medidas de tendencia central
Alimentación actual buena	Consumo de	Historia clínica	Si No	Categórica	Binomial	Estadísticos descriptivos

Comorbilidades Psiquiátricas De Los Pacientes Con Trastornos Del Lenguaje Que Asisten A Consulta
Externa De Fonoaudiología Del Hospital Militar Central Bogotá

	alimentos saludables					Medidas de tendencia central
--	-------------------------	--	--	--	--	------------------------------------

DESARROLLO

Edad de sonrisa	Edad en meses en los cuales se sonrió	Historia clínica	Meses	Numérica	Continua	Estadísticos descriptivos Medidas de tendencia central
Edad de sostén cefálico	Edad en meses en los cuales sostuvo la cabeza	Historia clínica	Meses	Numérica	Continua	Estadísticos descriptivos Medidas de tendencia central
Edad de sedente	Edad en meses en los cuales se sentó	Historia clínica	Meses	Numérica	Continua	Estadísticos descriptivos Medidas de tendencia central
Edad de gateo	Edad en meses en los cuales gateo	Historia clínica	Meses	Numérica	Continua	Estadísticos descriptivos Medidas de tendencia central
Edad de bipedestación	Edad en meses en los cuales logró una	Historia clínica	Años y meses	Numérica	Continua	Estadísticos descriptivos Medidas de tendencia

Comorbilidades Psiquiátricas De Los Pacientes Con Trastornos Del Lenguaje Que Asisten A Consulta
Externa De Fonoaudiología Del Hospital Militar Central Bogotá

	posición de pie					central
Objeto transicional	Utilización de un objeto de apego	Historia clínica	Si No	Categórica	Binomial	Estadísticos descriptivos Medidas de tendencia central
Edad de 1º palabra	Edad en meses en los cuales emitió la primera palabra	Historia clínica	Años y meses	Numérica	Continua	Estadísticos descriptivos Medidas de tendencia central
Edad de 2º palabra	Edad en meses en los cuales emitió la segunda palabra	Historia clínica	Años y meses	Numérica	Continua	Estadísticos descriptivos Medidas de tendencia central
Edad de 3º palabra	Edad en meses en los cuales emitió la tercera palabra	Historia clínica	Años y meses	Numérica	Continua	Estadísticos descriptivos Medidas de tendencia central
Edad de control de esfínter vesical diurno	Edad en meses en los cuales hubo control del	Historia clínica	Años y meses	Numérica	Continua	Estadísticos descriptivos Medidas de tendencia central

Comorbilidades Psiquiátricas De Los Pacientes Con Trastornos Del Lenguaje Que Asisten A Consulta
Externa De Fonoaudiología Del Hospital Militar Central Bogotá

	esfínter vesical diurno					
Edad de control de esfínter vesical nocturno	Edad en meses en los cuales hubo control del esfínter vesical nocturno	Historia clínica	Años y meses	Numérica	Continua	Estadísticos descriptivos Medidas de tendencia central
Edad de control de esfínter anal	Edad en meses en los cuales hubo control del esfínter anal	Historia clínica	Años y meses	Numérica	Continua	Estadísticos descriptivos Medidas de tendencia central

ANTECEDENTES

Control de crecimiento y desarrollo	Valoración en el programa de creci miento y desarrollo	Historia clínica	SI No	Categórica	Binomial	Estadísticos descriptivos Medidas de tendencia central
Vacunación completa	Esquema del programa	Historia clínica	Si No	Categórica	Binomial	Estadísticos descriptivos Medidas de

Comorbilidades Psiquiátricas De Los Pacientes Con Trastornos Del Lenguaje Que Asisten A Consulta Externa De Fonoaudiología Del Hospital Militar Central Bogotá

	ampliado de inmunizaciones					tendencia central
Enfermedades	Alteración del estado de salud	Historia clínica	Si No	Categórica	Binomial	Estadísticos descriptivos Medidas de tendencia central
Cirugías	Manipulación mecánica de las estructuras anatómicas con un fin médico	Historia clínica	SI No	Categórica	Binomial	Estadísticos descriptivos Medidas de tendencia central
Hospitalizaciones	Internación en un hospital u clínica	Historia clínica	Si No	Categórica	Binomial	Estadísticos descriptivos Medidas de tendencia central
Traumas	Situación con daño físico del cuerpo	Historia clínica	Si No	Categórica	Binomial	Estadísticos descriptivos Medidas de tendencia central
Tóxico alérgicos	Consumo de sustancias químicas	Historia clínica	SI No	Categórica	Binomial	Estadísticos descriptivos Medidas de

Comorbilidades Psiquiátricas De Los Pacientes Con Trastornos Del Lenguaje Que Asisten A Consulta
Externa De Fonoaudiología Del Hospital Militar Central Bogotá

	cas, hiper sensibilidad a una sustancia					tendencia central
Medicamentos	Fármaco	Historia clínica	Si No	Categórica	Binomial	Estadísticos descriptivos Medidas de tendencia central

SUEÑO

Inquieto	Aumento de la actividad motora durante el sueño	Historia clínica	SI No	Categórica	Binomial	Estadísticos descriptivos Medidas de tendencia central
Habla dormido	Emisión de palabras durante el sueño	Historia clínica	Si No	Categórica	Binomial	Estadísticos descriptivos Medidas de tendencia central
Colecho	Dormir con uno o los dos progeni tores	Historia clínica	Si No	Categórica	Binomial	Estadísticos descriptivos Medidas de tendencia central
Ritual para dormir	Acciones realizadas	Historia clínica	Si No	Categórica	Binomial	Estadísticos descriptivos

Comorbilidades Psiquiátricas De Los Pacientes Con Trastornos Del Lenguaje Que Asisten A Consulta
Externa De Fonoaudiología Del Hospital Militar Central Bogotá

	en el momento de dormir					Medidas de tendencia central
Bruxismo	Habito involunta rio de apretar las estructuras dentales sin propósito	Historia clínica	Si No	Categórica	Binomial	Estadísticos descriptivos Medidas de tendencia central
Pesadillas	Sueño angustioso y tenaz	Historia clínica	Si No	Categórica	Binomial	Estadísticos descriptivos Medidas de tendencia central
Sonambulismo	Actividad motora durante el sueño	Historia clínica	Si No	Categórica	Binomial	Estadísticos descriptivos Medidas de tendencia central
Terrores nocturnos	Terror extremo durante el sueño asociado a un estado de inhabili dad de recuperar	Historia clínica	Si No	Categórica	Binomial	Estadísticos descriptivos Medidas de tendencia central

Comorbilidades Psiquiátricas De Los Pacientes Con Trastornos Del Lenguaje Que Asisten A Consulta
Externa De Fonoaudiología Del Hospital Militar Central Bogotá

	la conciencia					
--	------------------	--	--	--	--	--

ANTECEDENTES FAMILIARES

Problemas de lenguaje	Dificultad es en el lenguaje en los familiares	Historia clínica	SI No	Categórica	Binomial	Estadísticos descriptivos Medidas de tendencia central
Patologías	Enfermedades en los familiares	Historia clínica	Si No	Categórica	Binomial	Estadísticos descriptivos Medidas de tendencia central
Epilepsia	Trastorno neurológico en los familiares	Historia clínica	Si No	Categórica	Binomial	Estadísticos descriptivos Medidas de tendencia central
TDAH	Trastorno por déficit de atención e hiperactividad en familiares	Historia clínica	SI No	Categórica	Binomial	Estadísticos descriptivos Medidas de tendencia central
Intentos de suicidio	Acto por el cual el individuo	Historia clínica	Si No	Categórica	Binomial	Estadísticos descriptivos Medidas de

Comorbilidades Psiquiátricas De Los Pacientes Con Trastornos Del Lenguaje Que Asisten A Consulta
Externa De Fonoaudiología Del Hospital Militar Central Bogotá

	intenta provocarse la muerte					tendencia central
Depresión	Sintomato logía de presiva en familiares	Historia clínica	SI No	Categórica	Binomial	Estadísticos descriptivos Medidas de tendencia C
Enuresis	Persisten cia de micciones incontrola das más allá de la edad en la que se alcanza el control vesical	Historia clínica	Si No	Categórica	Binomial	Estadísticos descriptivos Medidas de tendencia central

ESCOLARIDAD

Edad de inicio jardín	Edad en meses y años en los cuales asiste por primera vez a un jardín	Historia clínica	Años y meses	Categórica	Continua	Estadísticos descriptivos Medidas de tendencia central
--------------------------	--	---------------------	-----------------	------------	----------	--

Comorbilidades Psiquiátricas De Los Pacientes Con Trastornos Del Lenguaje Que Asisten A Consulta
Externa De Fonoaudiología Del Hospital Militar Central Bogotá

Edad de inicio primaria	Edad en meses y años en los cuales asiste por primera vez a educación básica primaria	Historia clínica	Años y meses	Categórica	Continua	Estadísticos descriptivos Medidas de tendencia central
Tipo de colegio	Modalidad pública o privada de la institución educativa	Historia clínica	Privado Público	Categórica	Binomial	Estadísticos descriptivos Medidas de tendencia central
Años que lleva estudiando	Años de estancia escolar	Historia clínica	Años	Numérica	Continua	Estadísticos descriptivo Medidas de tendencia central
Año actual	Grado escolar que se encuentra cursando	Historia clínica	1-10	Numérica	Continua	Estadísticos descriptivos Medidas de tendencia central
Reprobación	Si hubo pérdidas escolares	Historia clínica	SI No	Categórica	Binomial	Estadísticos descriptivos Medidas de tendencia

Comorbilidades Psiquiátricas De Los Pacientes Con Trastornos Del Lenguaje Que Asisten A Consulta
Externa De Fonoaudiología Del Hospital Militar Central Bogotá

						central
Promoción automática	Si paso el año de forma automática	Historia clínica	Si No	Categórica	Binomial	Estadísticos descriptivos Medidas de tendencia central

COMUNICACIÓN

Señalamiento	Signo por el cual se da alguna información	Historia clínica	SI No	Categórica	Binomial	Estadísticos descriptivos Medidas de tendencia central
Gestual	Forma de comunicación no verbal	Historia clínica	Si No	Categórica	Binomial	Estadísticos descriptivos Medidas de tendencia central
Gritos	Vocalización ruidosa con la finalidad de comunicarse	Historia clínica	Si No	Categórica	Binomial	Estadísticos descriptivos Medidas de tendencia central
Pataletas	Protesta física de los niños	Historia clínica	SI No	Categórica	Binomial	Estadísticos descriptivos Medidas de tendencia central

Comorbilidades Psiquiátricas De Los Pacientes Con Trastornos Del Lenguaje Que Asisten A Consulta
Externa De Fonoaudiología Del Hospital Militar Central Bogotá

Agresividad	Actividad de intensidad variable con ataques y provocación	Historia clínica	Si No	Categórica	Binomial	Estadísticos descriptivos Medidas de tendencia central
-------------	--	------------------	----------	------------	----------	---

SINTOMAS ASOCIADOS

Ansiedad	Respuesta emocional displacentera	Historia clínica	Si No	Categórica	Binomial	Estadísticos descriptivos Medidas de tendencia central
Baja autoestima	Bajas percepciones y pensamientos de nosotros mismos	Historia clínica	Si No	Categórica	Binomial	Estadísticos descriptivos Medidas de tendencia central
Distractibilidad	Desviación de la atención	Historia clínica	Si No	Categórica	Binomial	Estadísticos descriptivos Medidas de tendencia central
Hiperactividad	Aumento de la actividad motora	Historia clínica	Si No	Categórica	Binomial	Estadísticos descriptivos Medidas de tendencia central

Comorbilidades Psiquiátricas De Los Pacientes Con Trastornos Del Lenguaje Que Asisten A Consulta
Externa De Fonoaudiología Del Hospital Militar Central Bogotá

Inatención	Poca atención	Historia clínica	Si No	Categórica	Binomial	Estadísticos descriptivos Medidas de tendencia central
Agresividad	Actividad de intensidad variable con ataque y provocación	Historia clínica	SI No	Categórica	Binomial	Estadísticos descriptivos Medidas de tendencia central
Pataletas	Protesta física de los niños	Historia clínica	Si No	Categórica	Binomial	Estadísticos descriptivos Medidas de tendencia central

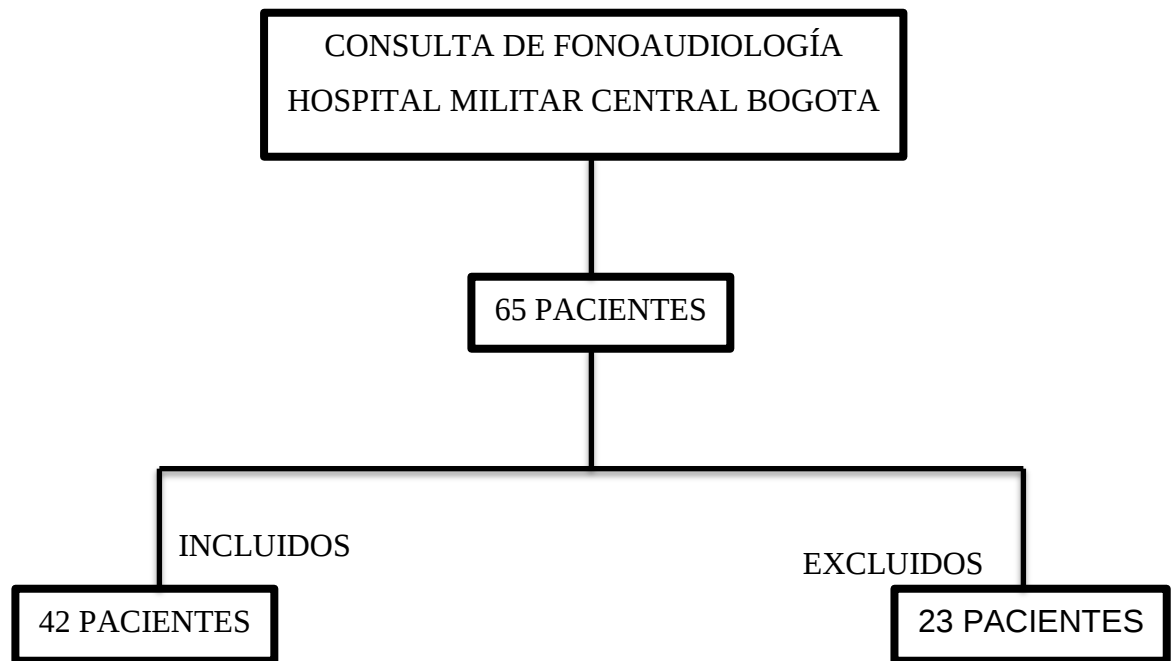
6.7 Técnicas de Recolección de la Información (Instrumento)

Se revisó la información de los pacientes con diagnóstico de trastorno del lenguaje en el archivo del Hospital Militar Central, posteriormente se llenó un formato tipo encuesta (Ver Anexo 12) construido a partir de la experiencia del investigador el cual fue validado por el grupo de Psiquiatrías Infantiles y del Adolescente, docentes de dicho programa de la Universidad El Bosque (tres personas) el pasado tres de julio del 2012 en la Facultad de Medicina de la Universidad Militar Nueva Granada.

Se realizó una entrevista a los padres y al paciente previa aceptación del consentimiento y asentimiento informado respectivamente (Ver Anexo 10 y 11). Por medio de dicha entrevista, se completó los datos tomados de las historias clínicas.

7. Materiales y Métodos

Se revisó y se depuró la base de datos contra los registros originales (formatos). Se tabuló la información en una base de datos en el programa Excel y se manejó en el programa SPSS Versión disponible en la Universidad El Bosque.



8. Plan de Análisis

Se realizó un análisis descriptivo con las variables numerales por medio de mediciones de tendencia central y medidas de desviación.

Las variables categóricas se describirán por medio de razones y proporciones.

El análisis correlacional de las variables numéricas se obtuvo de acuerdo si la variable era continua o numérica, y las variables categóricas se analizaron por medio de una tabla de 2x2.

9. Aspectos Éticos

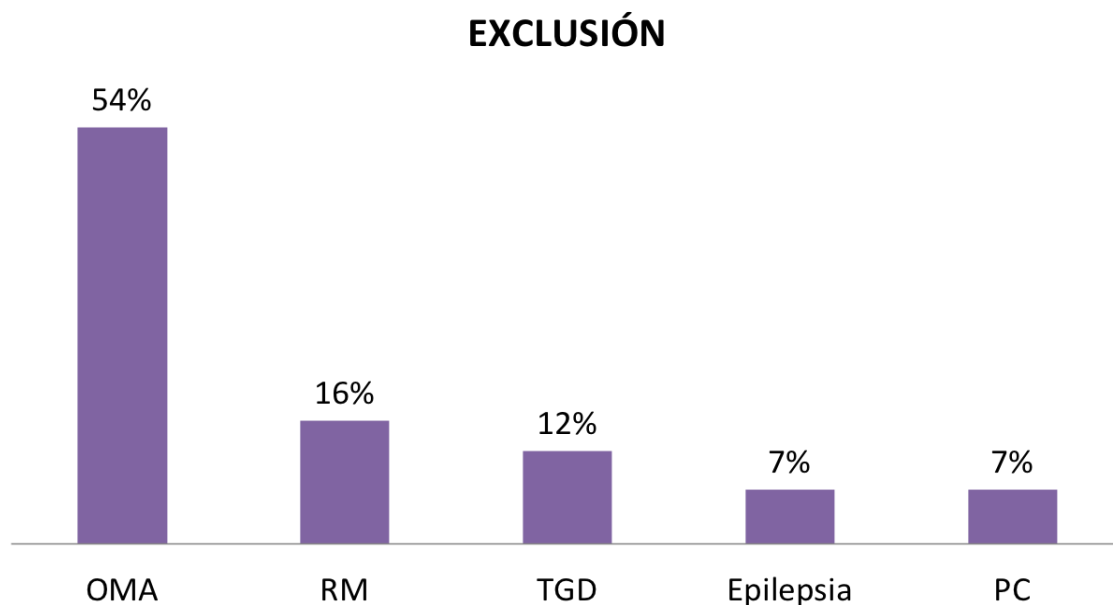
1. Teniendo en cuenta lo estipulado en la Resolución N° 8430 de 1993 para el presente estudio se puso en consideración de las instituciones vinculadas el proyecto del protocolo para la evaluación por el Comité de Ética del Hospital Militar Central el cual fue aprobado según el oficio 39850 del 28 de noviembre del 2012.
2. Según el artículo 11, esta investigación se clasifica dentro de la categoría de “Investigación con riesgo mínimo”.
3. La investigación se realizó por médicos especialistas en Psiquiatría respetando la privacidad del participante de la investigación asignándole un código para el análisis de datos.
4. Se entregó el formato de consentimiento informado a los padres o tutores del menor y el asentimiento informado que avala la aceptación del paciente mayor de ocho años para la realización del estudio (Ver Anexo 10 y 11).

10. Resultados

En este estudio se recolectaron 65 registros de los pacientes que asistieron a consulta externa de Fonoaudiología del Hospital Militar Central entre los años 2012 al 2013 los cuales fueron analizados en el programa de SPSS disponible en la Universidad El Bosque.

En total se excluyeron 23 pacientes por diagnósticos tales como otitis media aguda a repetición (54%), Retardo mental (16%), Trastorno generalizado del desarrollo (12%), Epilepsia (siete por ciento) y Parálisis cerebral (siete por ciento) según se observa en la figura 1.

Figura 1. Porcentaje de los pacientes excluidos del estudio.



OMA: Otitis media aguda, RM: Retardo mental, TGD: Trastorno generalizado del desarrollo, PC: Parálisis cerebral.

-Datos Sociodemográficos

Con respecto a la edad, en este momento se encontraron dos picos, a los cuatro y siete años, cada uno correspondiente al 22% y en el género se encontró que el 86% corresponden a hombres y el 14% corresponden a mujeres según se observa en las siguientes figuras.

Figura 2. Distribución por edad.

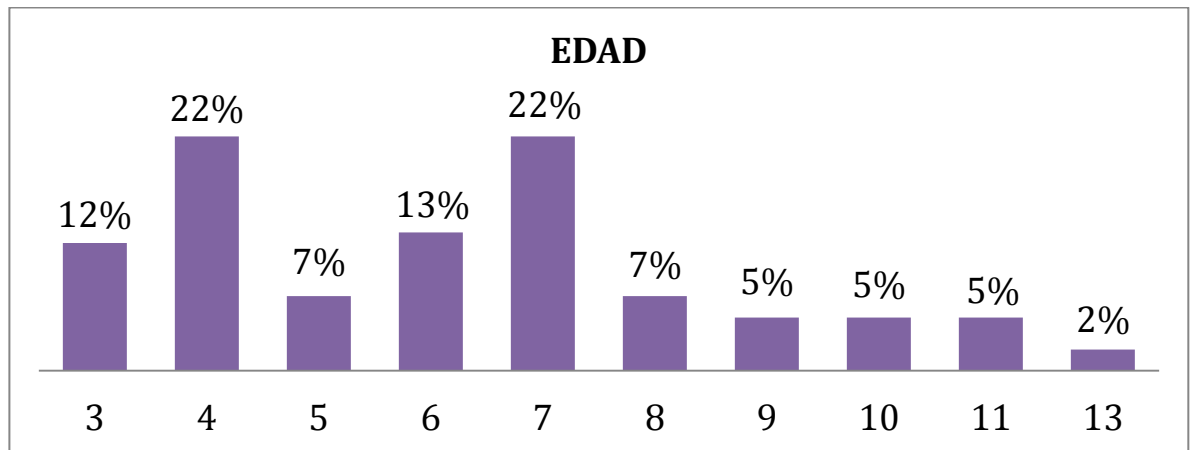
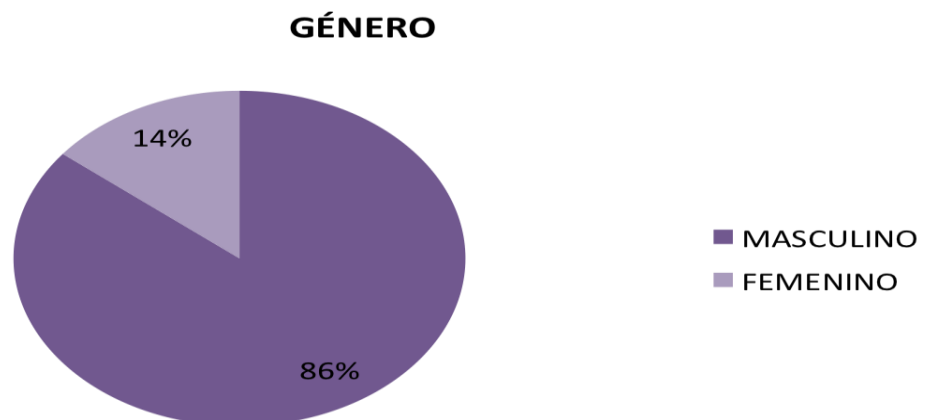
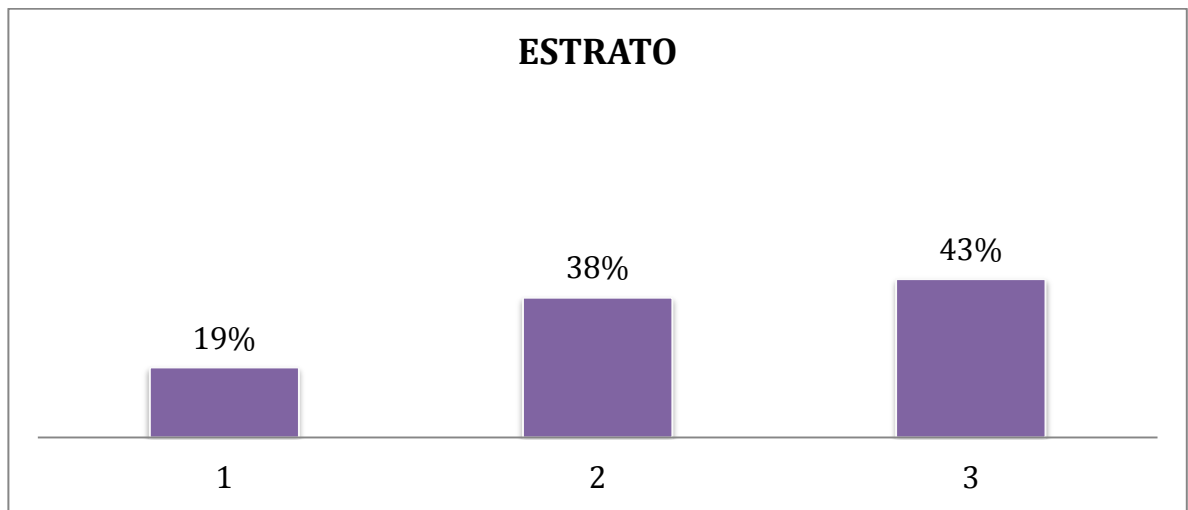


Figura 3. Distribución por género.



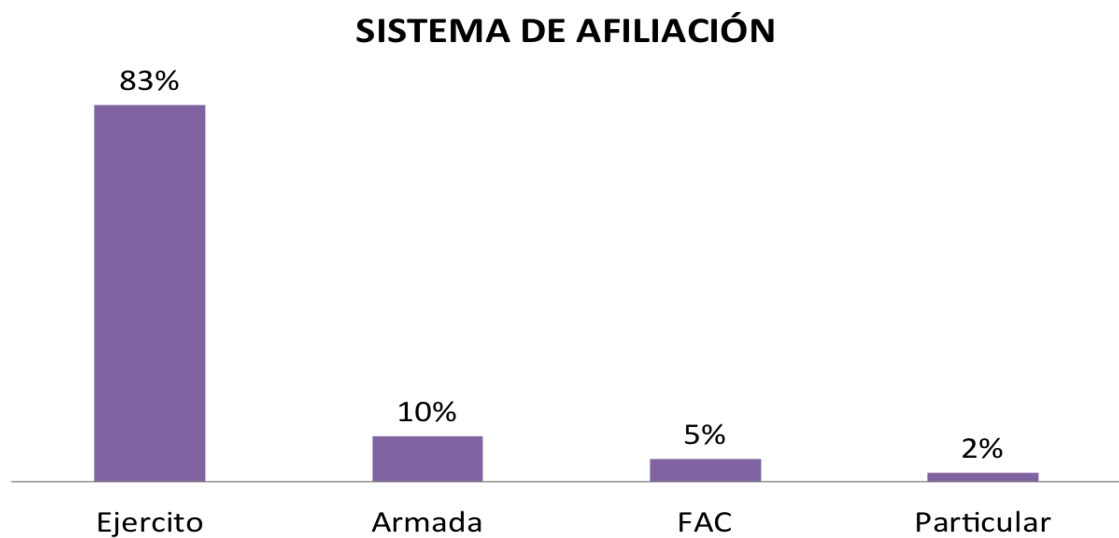
La figura 4 muestra los porcentajes correspondiente a los estratos socioeconómicos, donde el 43% de los pacientes se encuentran en estrato tres.

Figura 4. Porcentajes de los estratos socioeconómicos.



De los registros analizados se encontró el siguiente sistema de afiliación.

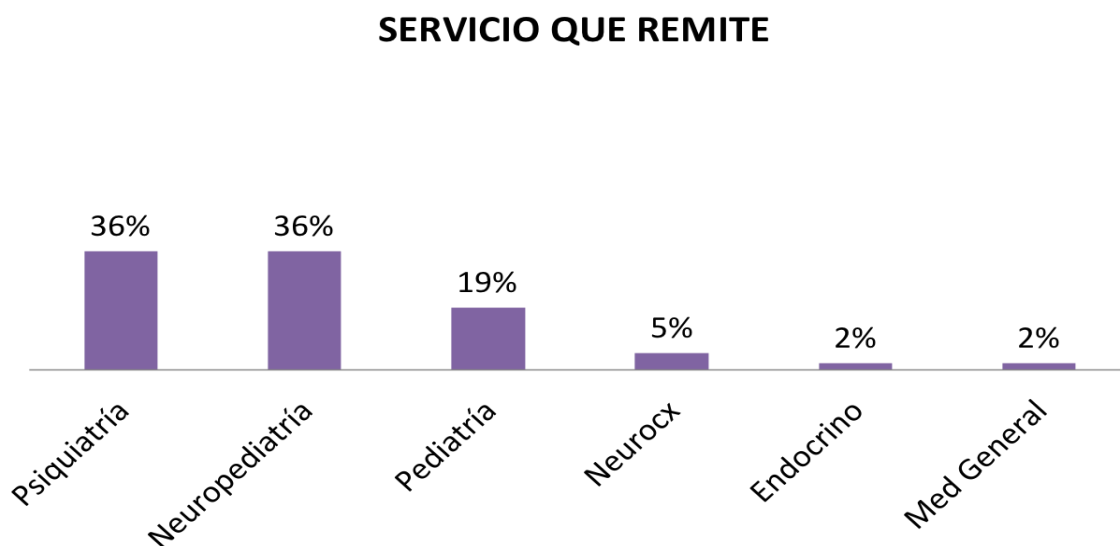
Figura 5. Distribución del sistema de afiliación.



-Datos del Motivo de Consulta

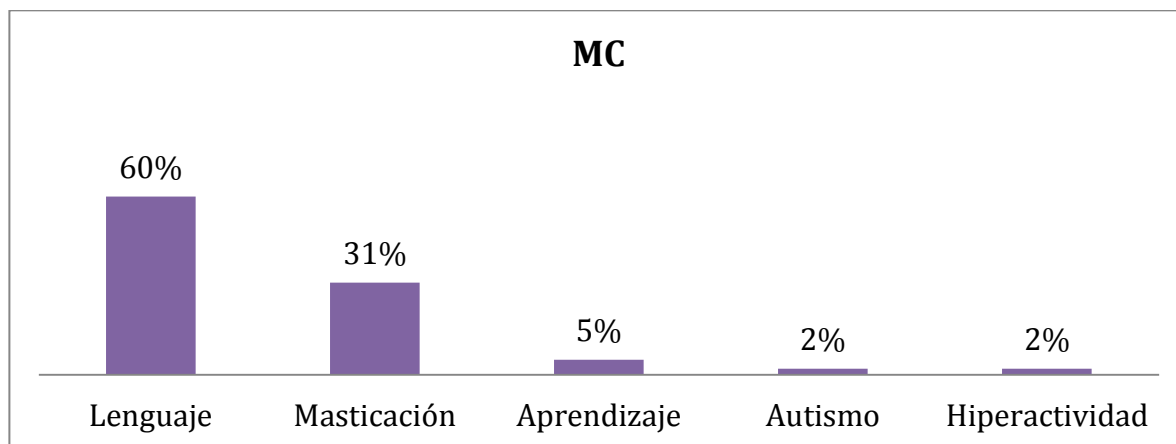
La distribución de los servicios que remiten a consulta externa de Fonoaudiología se observa en la siguiente figura:

Figura 6. Distribución de los servicios que remite a Fonoaudiología.



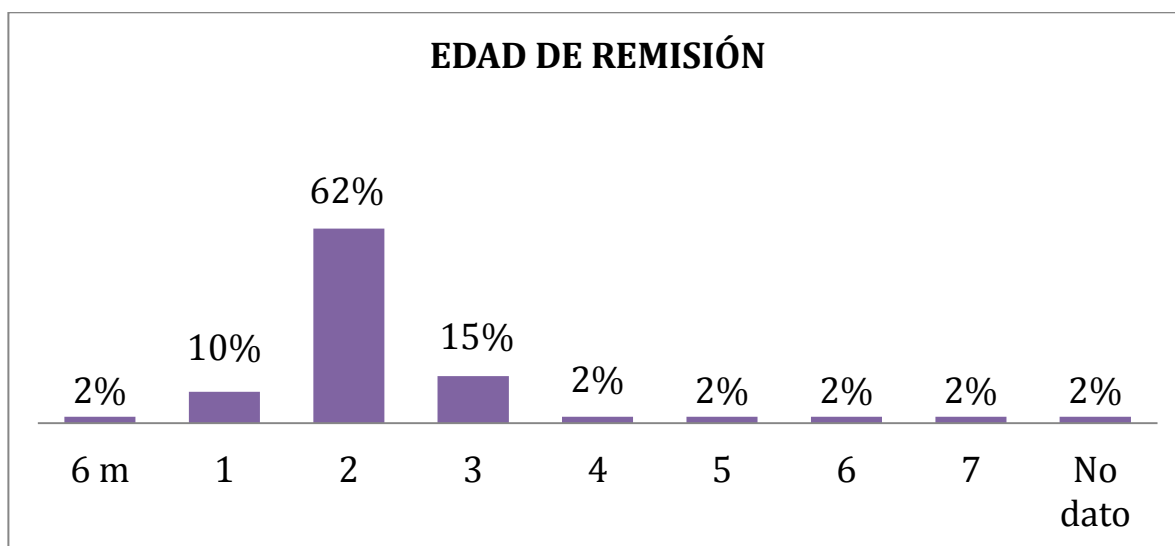
El motivo de consulta más frecuente fueron las alteraciones del lenguaje según la siguiente figura.

Figura 7. Distribución de los motivos de consulta.



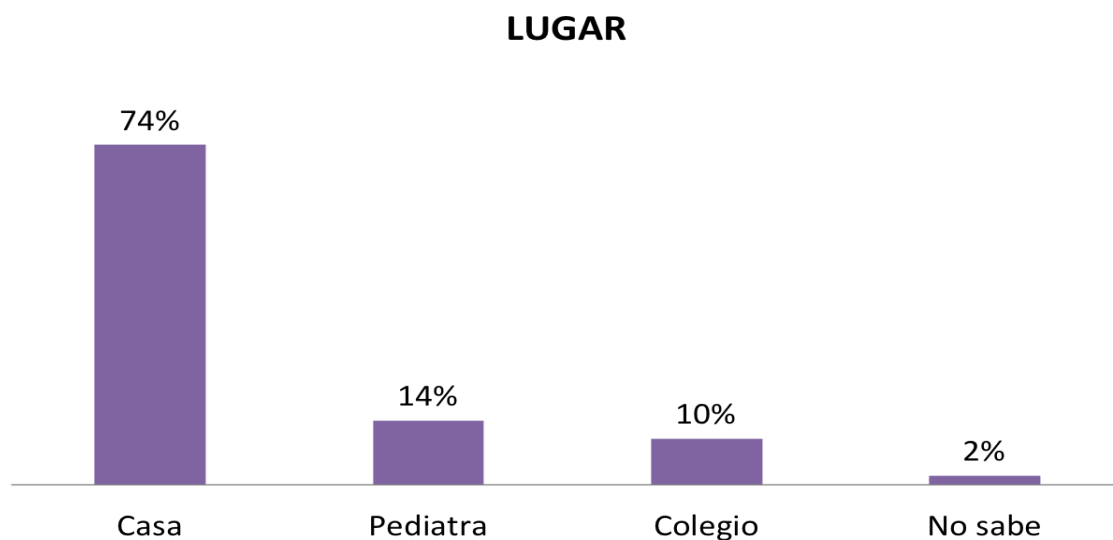
Dentro de estas alteraciones del lenguaje se encontraron “dificultades para hablar, que el niño no habla, que no se le entiende cuando habla y problemas en la articulación”. La edad promedio de remisión fue a los 24 meses (Ver figura 8).

Figura 8. Edad de remisión al servicio de consulta externa de fonoaudiología.



Los lugares donde se observaron las primeras dificultades de los niños con respecto al lenguaje son variados, el porcentaje más alto es en la casa (74%).

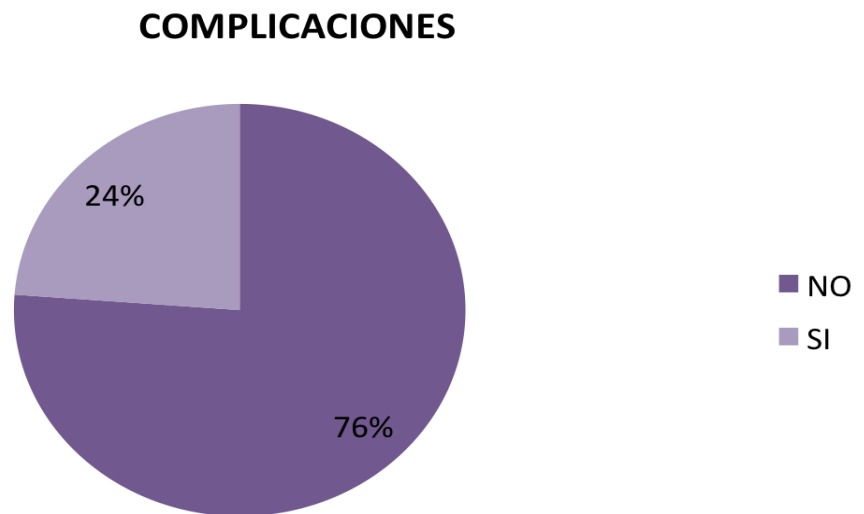
Figura 9. Lugares donde se observan las primeras dificultades de los niños.



-Datos del Embarazo

Con respecto al embarazo, el 76% de estas madres no se presentó ninguna complicación durante el embarazo. (Ver figura 10).

Figura 10. Complicaciones durante el embarazo.



El 24% restante presentaron las siguientes complicaciones con porcentajes muy bajos (Ver Tabla 1). De estos el 100 % recibió tratamiento.

Tabla 1. Distribución de las complicaciones durante el embarazo.

Complicación	Número De Pacientes
Infección de vías urinarias	2
Anemia	2
Preeclampsia	1
Arritmia cardíaca	1
Amenaza de parto	1
Hiperemesis gravídica	1
Toxoplasmosis	1
Amenaza de aborto	1
Herpes genital	1
Retraso del crecimiento intrauterino	1

-Datos del Parto

La forma del parto tuvo una distribución similar según se observa en la figura 11. Los motivos del parto por cesárea fueron diferentes con unos porcentajes bajos (Ver Tabla 2).

Figura 11. Forma del parto.

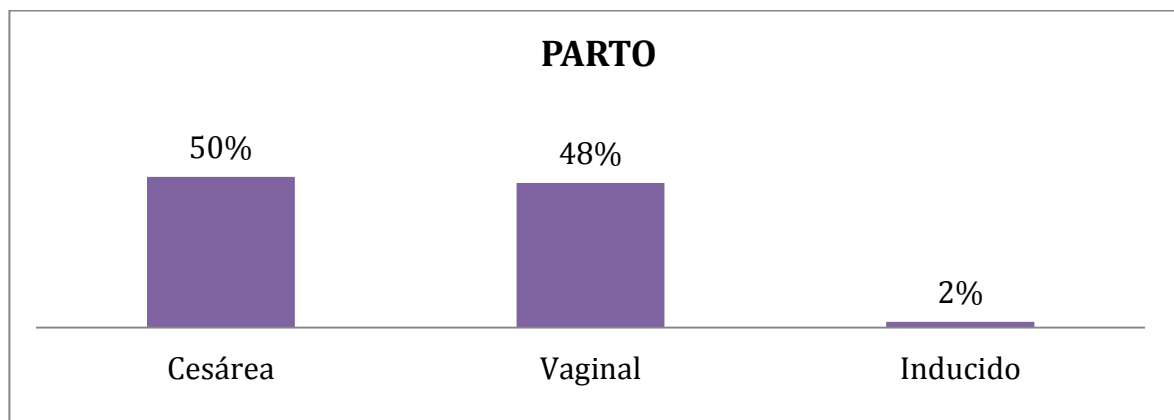


Tabla 2. Distribución del motivo de la cesárea.

Motivo De La Cesárea	Número De Pacientes
Detección del trabajo de parto	5
Reiterativa	4
Oligohidramnios	2
Presentación podálica	2
Tiempo de gestación	1
Isoinmunización	1
Inducción fallida	1
Meconio	1

De estos el 41% correspondientes a 7 pacientes tuvieron complicaciones (Ver figura 12) las cuales fueron tratadas de la siguiente forma (Ver Tabla 3).

Figura 12. Complicaciones de los pacientes que nacieron por cesárea.

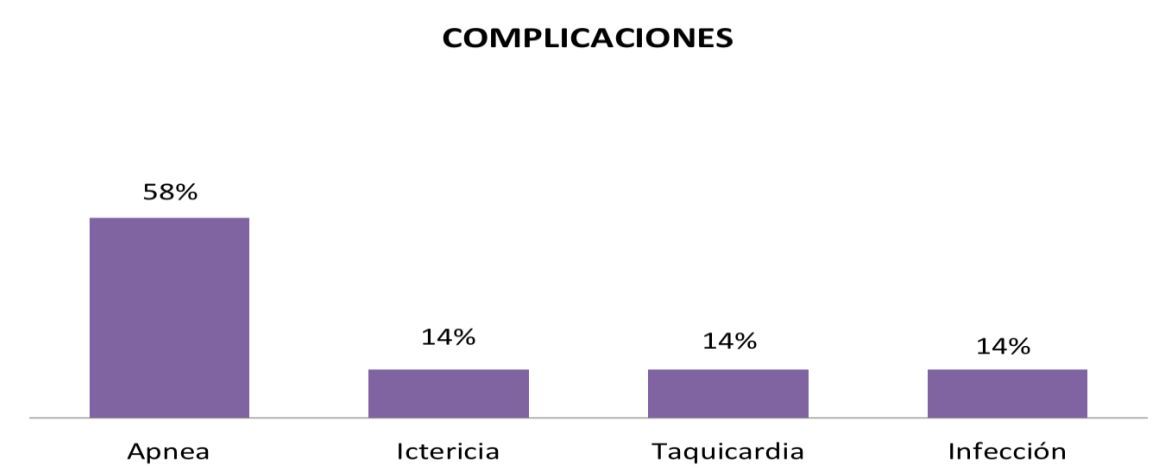
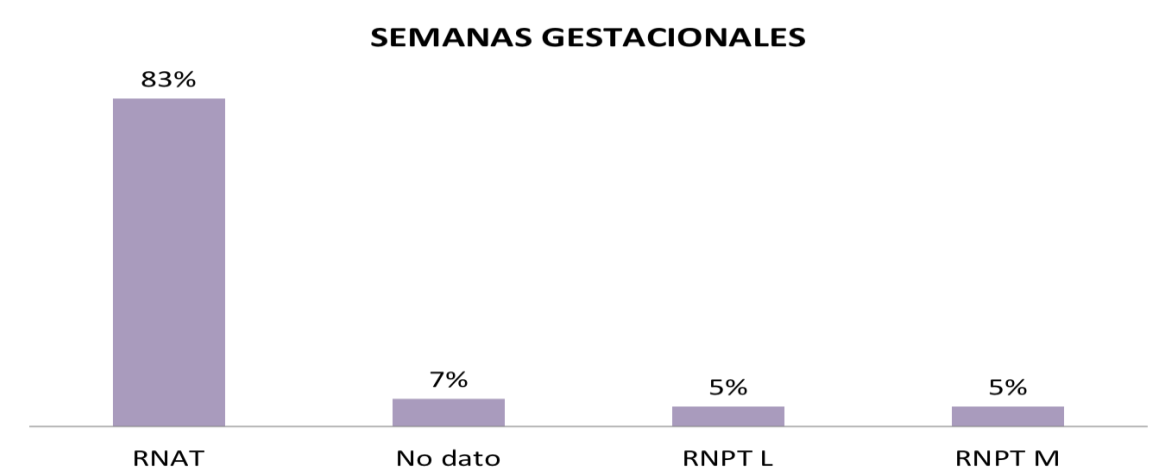


Tabla 3. Tratamiento por las complicaciones asociadas al parto por cesárea.

Tratamiento	Número De Pacientes
Oxigeno suplementario	5
Fototerapia	1
Antibioticoterapia	1

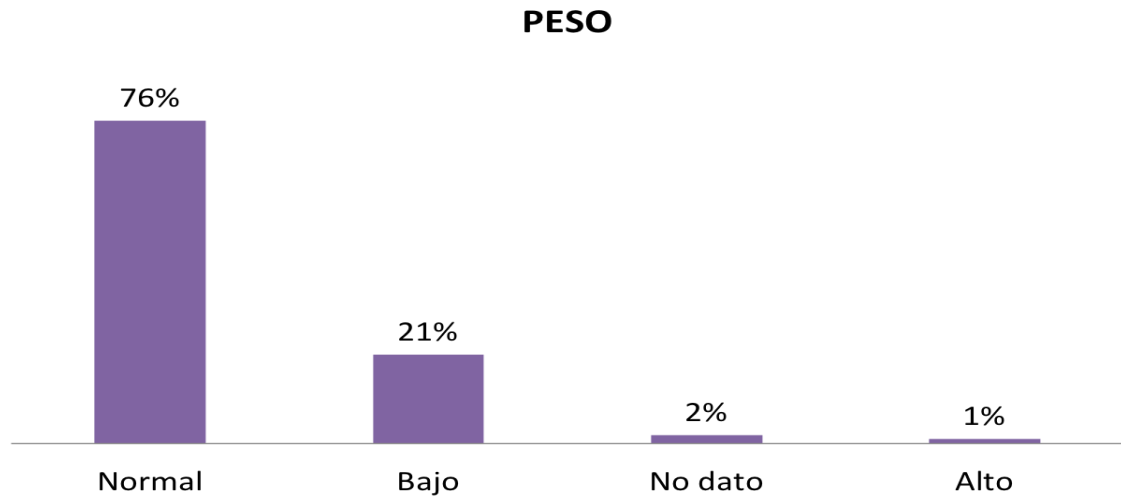
La distribución por semanas gestacionales se encuentra en la siguiente figura.

Figura 13. Distribución por semanas gestacionales.



De acuerdo a la distribución de los recién nacidos por peso, la mayoría de los tenían un peso adecuado para la edad gestacional (Ver figura 14).

Figura 14. Distribución del peso en el recién nacido.



-Datos de la Situación Materna

Con respecto a la situación materna en el momento del parto, se encontró que el 79% de las madres la refirieron como buena y el 19% la reportaron como mala de las cuales el 25% tuvo sintomatología depresiva (Ver figuras 15 y 16).

Figura 15. Porcentaje de la situación materna en el momento del nacimiento.

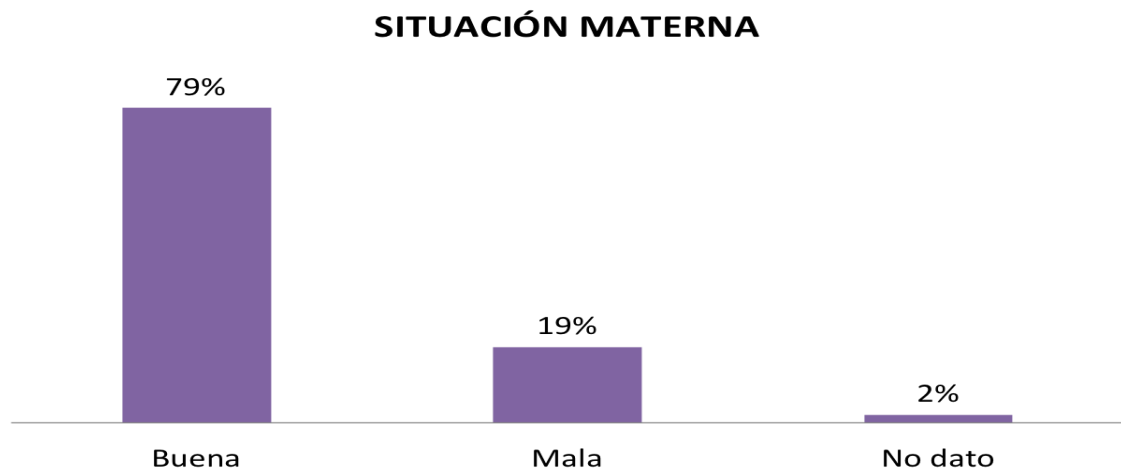
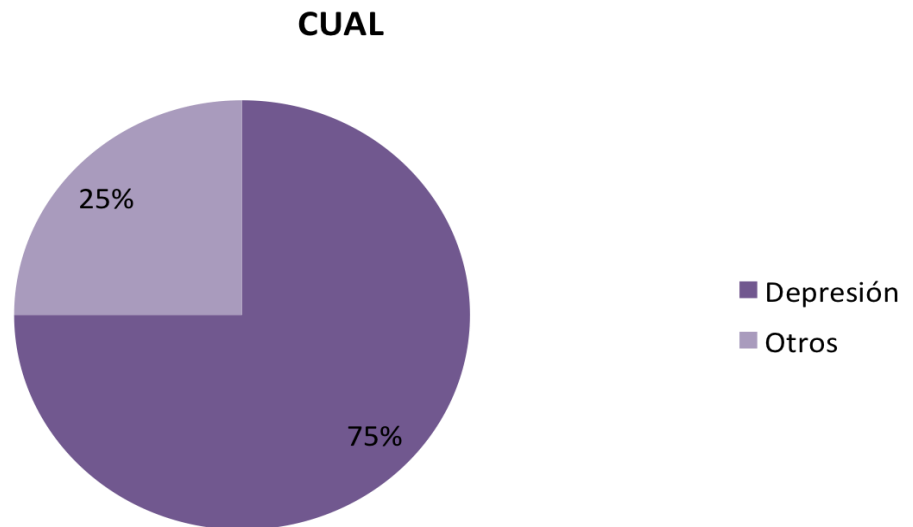


Figura 16. Síntomas de depresión en las madres durante el puerperio.



-Datos de la Alimentación

Con respecto a la alimentación, el 81% de los pacientes tuvieron una succión adecuada reportada por la madre y el 17% de los pacientes utilizaron chupo (Ver figuras 17 y 18).

Figura 17. Succión.

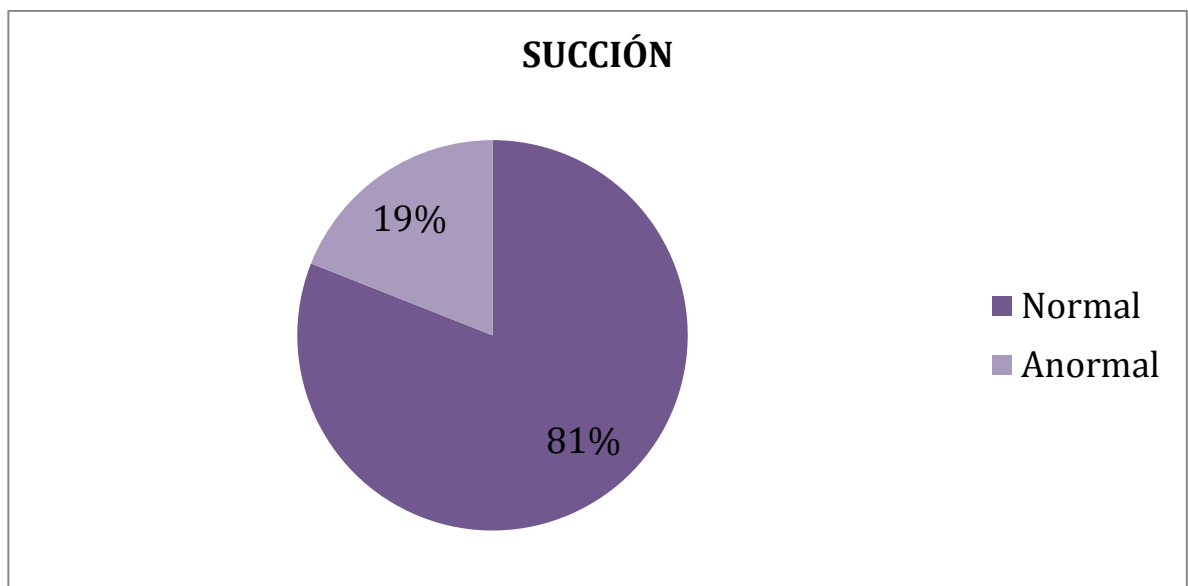
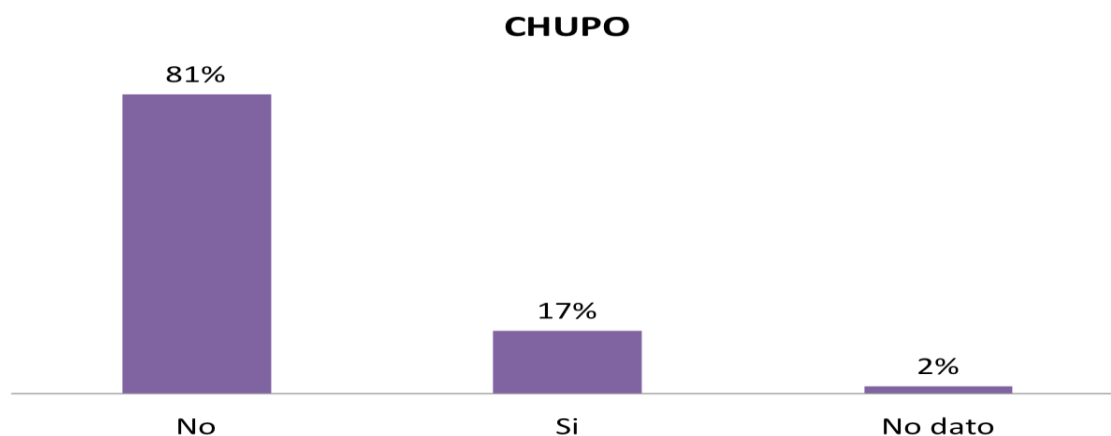


Figura 18. Utilización del chupo.



La utilización de chupo, tetero y el tiempo de lactancia materna fue en promedio entre 12 – 24 meses (Ver Tabla 4).

Tabla 4. Tiempo de utilización del chupo.

Meses De Utilización Del Chupo	Número De Pacientes
<6	1
12 – 24	4
>24	2

El 93% de los pacientes tuvo lactancia materna y el 69% utilizaron el tetero (Ver figuras 19-22).

Figura 19. Lactancia materna.

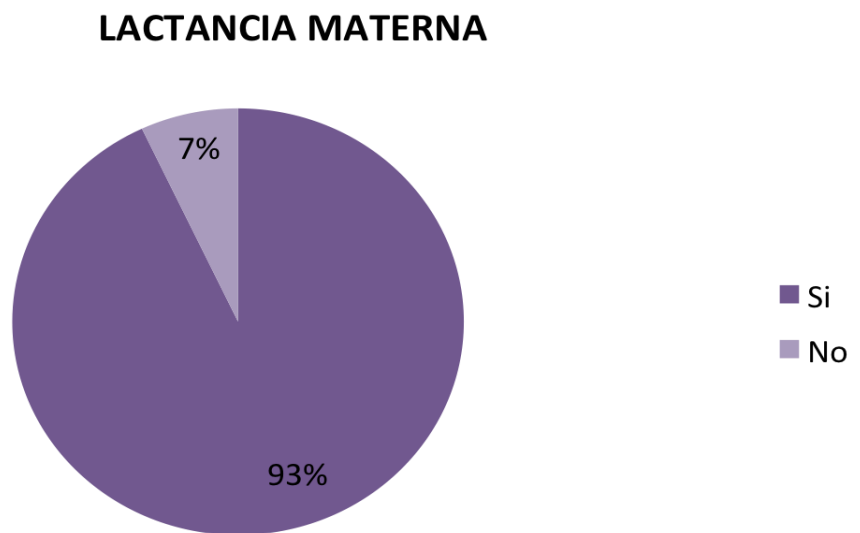


Figura 20. Tiempo de lactancia materna

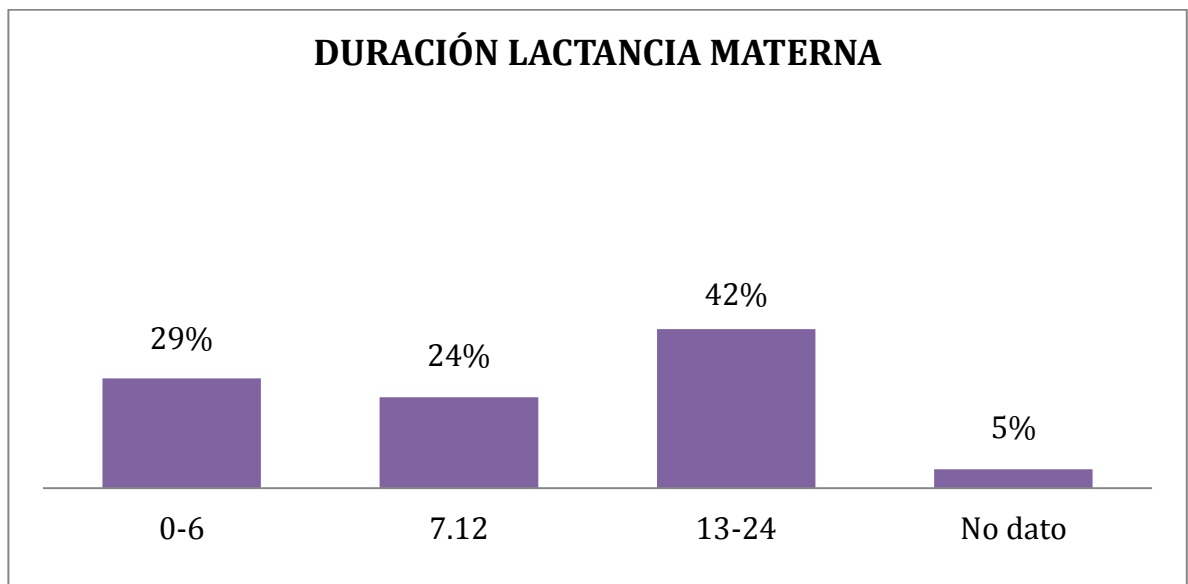


Figura 21. Utilización de tetero.

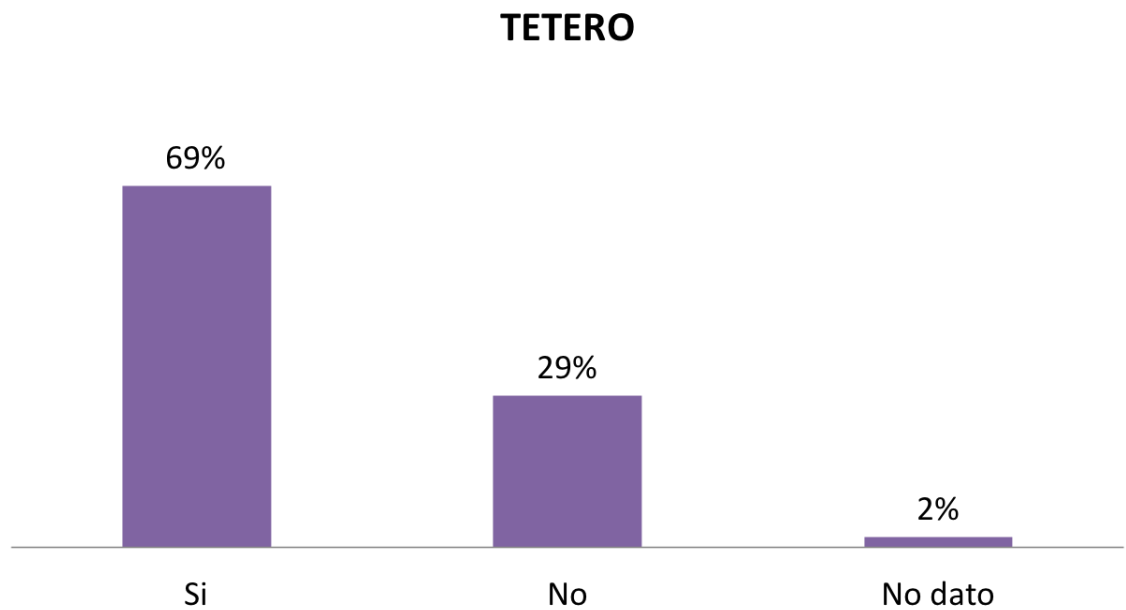
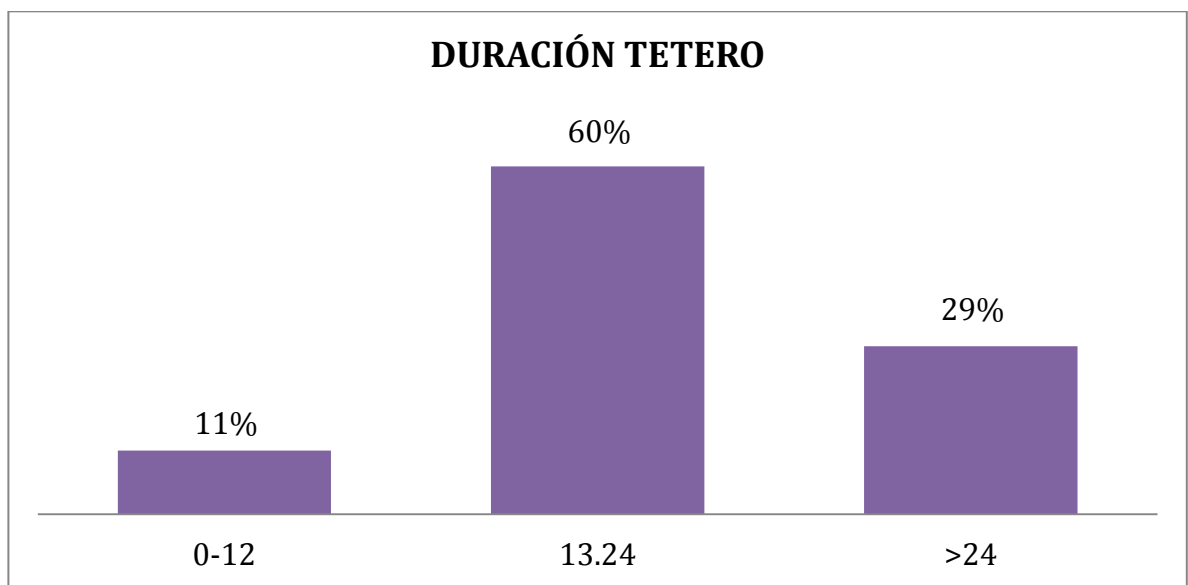
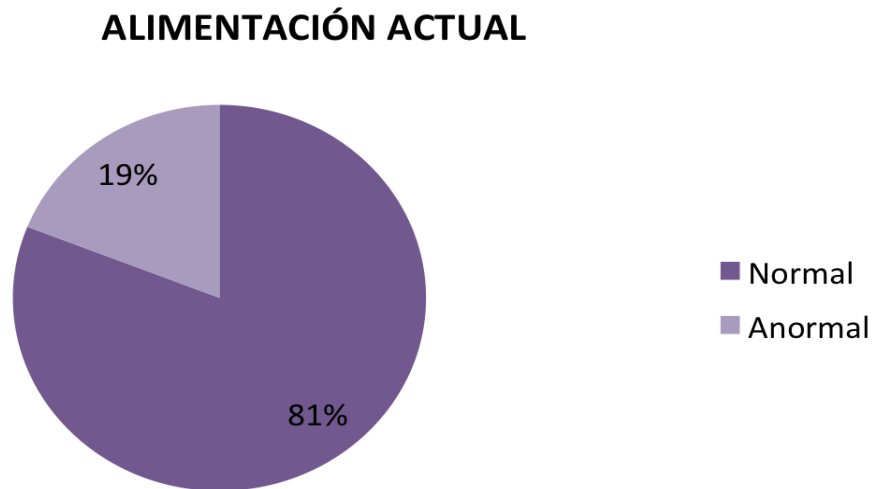


Figura 22. Duración de utilización del tetero en meses.



La mayoría de los pacientes tiene una alimentación actual adecuada según la siguiente figura.

Figura 23. Alimentación actual.



-Datos del Desarrollo Psicomotor

De acuerdo al desarrollo psicomotor, la mayoría de los pacientes lograron estos ítems dentro de parámetros normales descritos en meses en las figuras 24 - 28.

Figura 24. Presentación de la sonrisa.

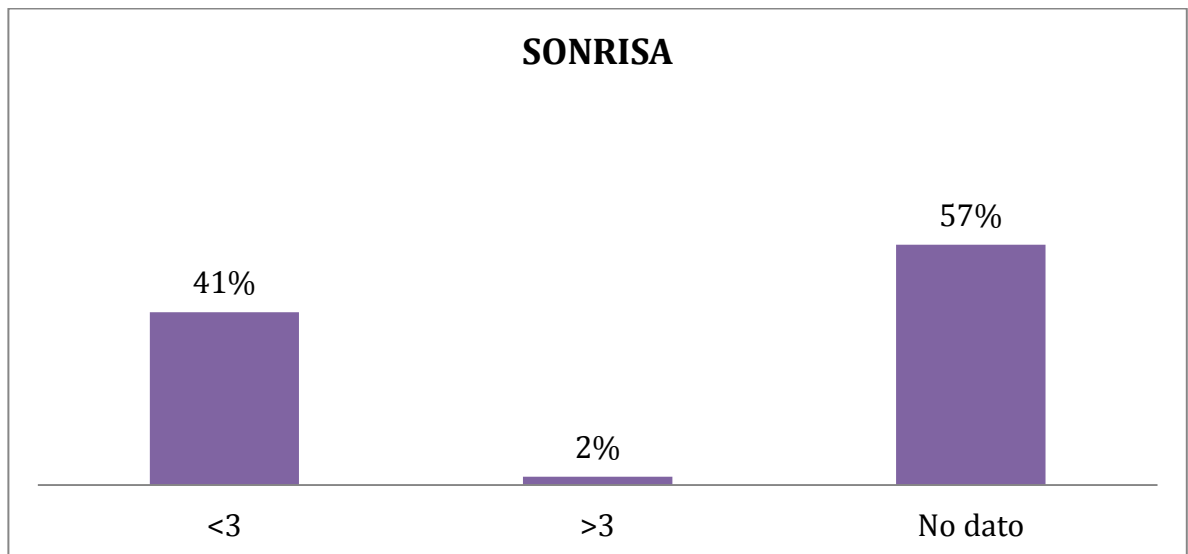


Figura 25. Presentación del sostén cefálico.

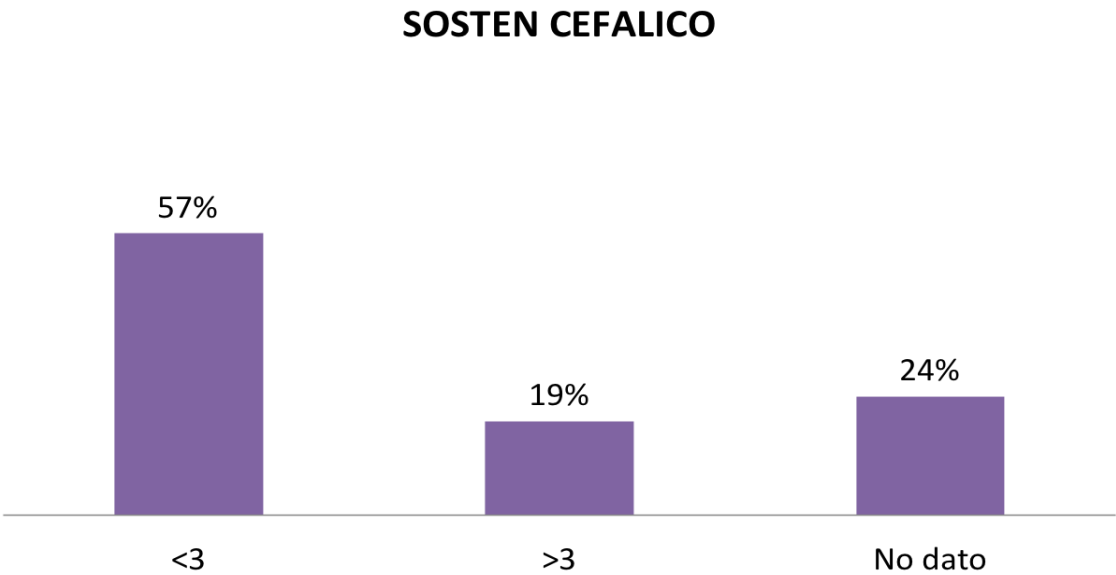


Figura 26. Presentación de sedente.

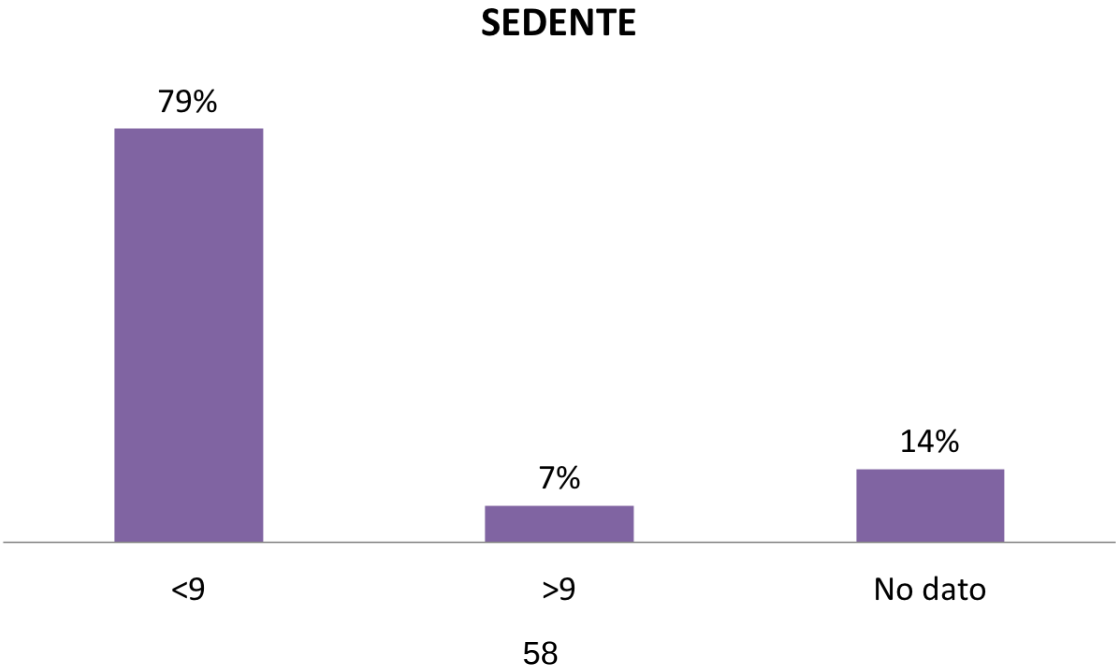


Figura 27. Presentación del gateo.

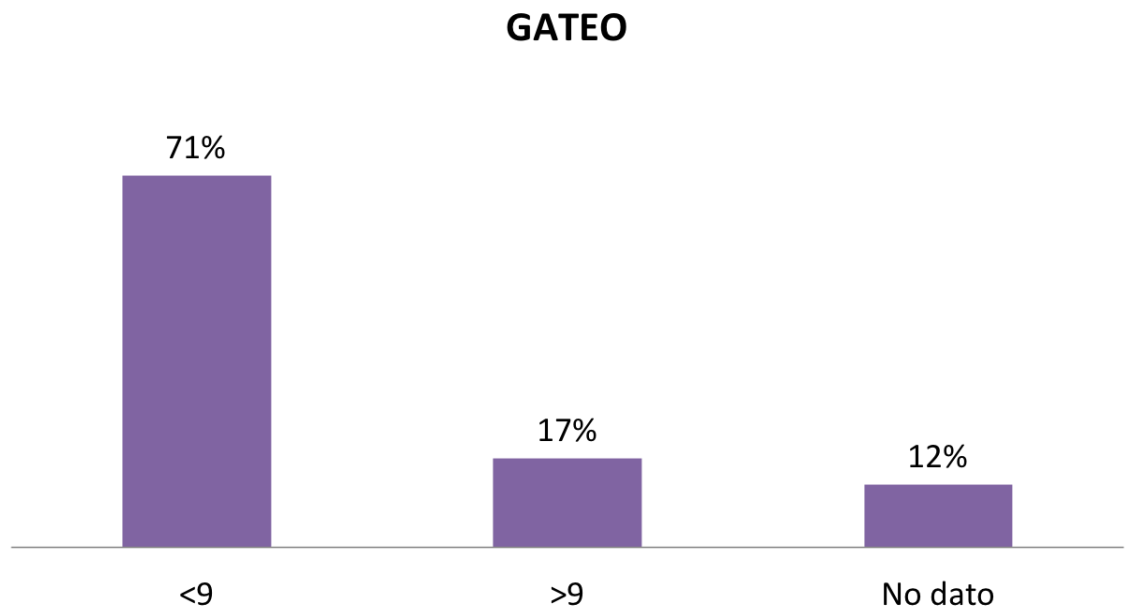
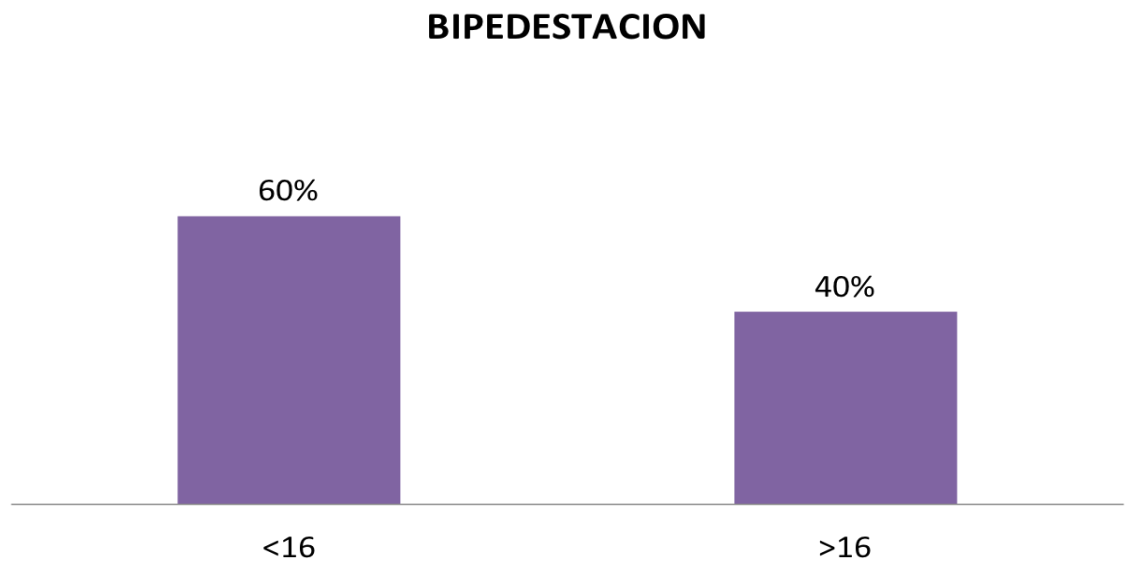


Figura 28. Presentación de bipedestación.



Con relación al control de esfínteres, pocos pacientes se encuentran fuera del rango de los tres años para realizar este control sin tener diagnósticos de enuresis o encopresis. (Ver figuras 29 – 31).

Figura 29. Control de esfínter vesical diurno.

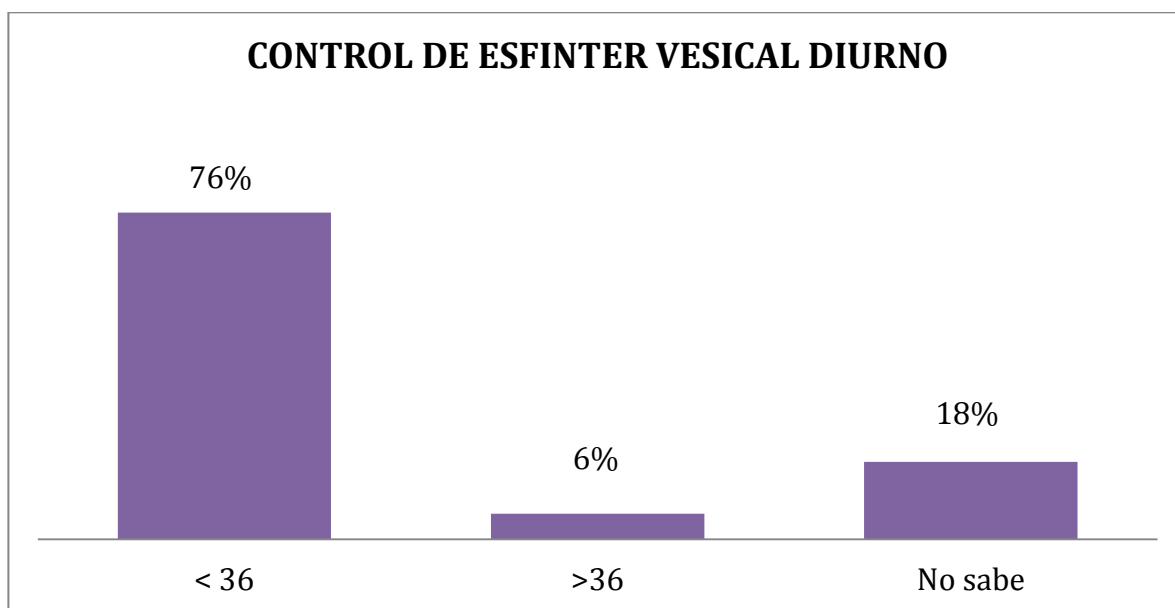


Figura 30. Control de esfínter vesical nocturno.

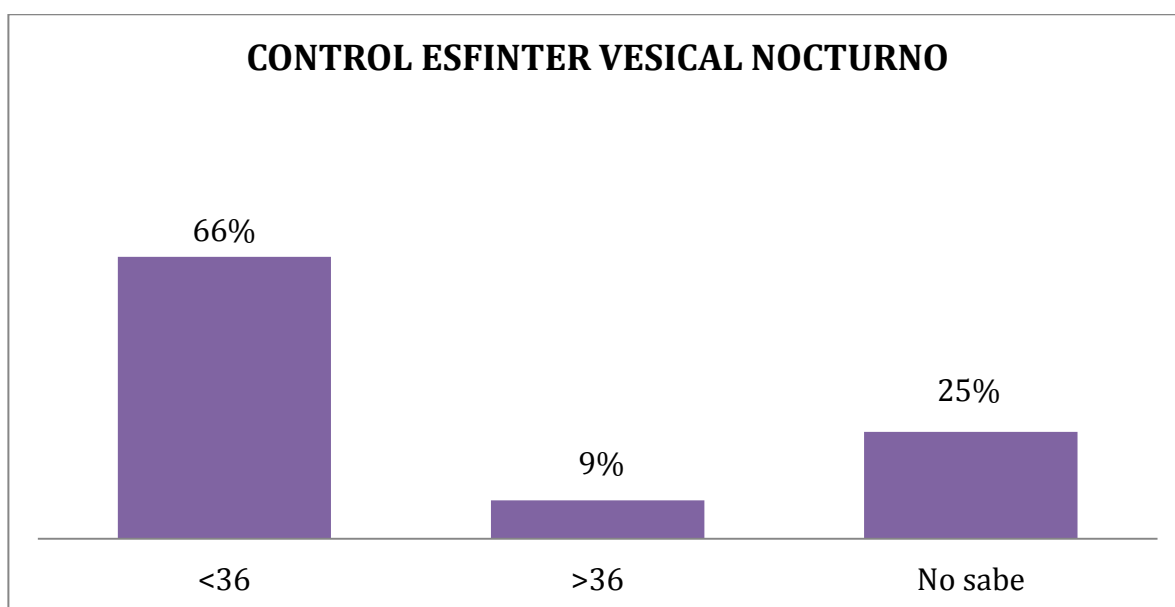
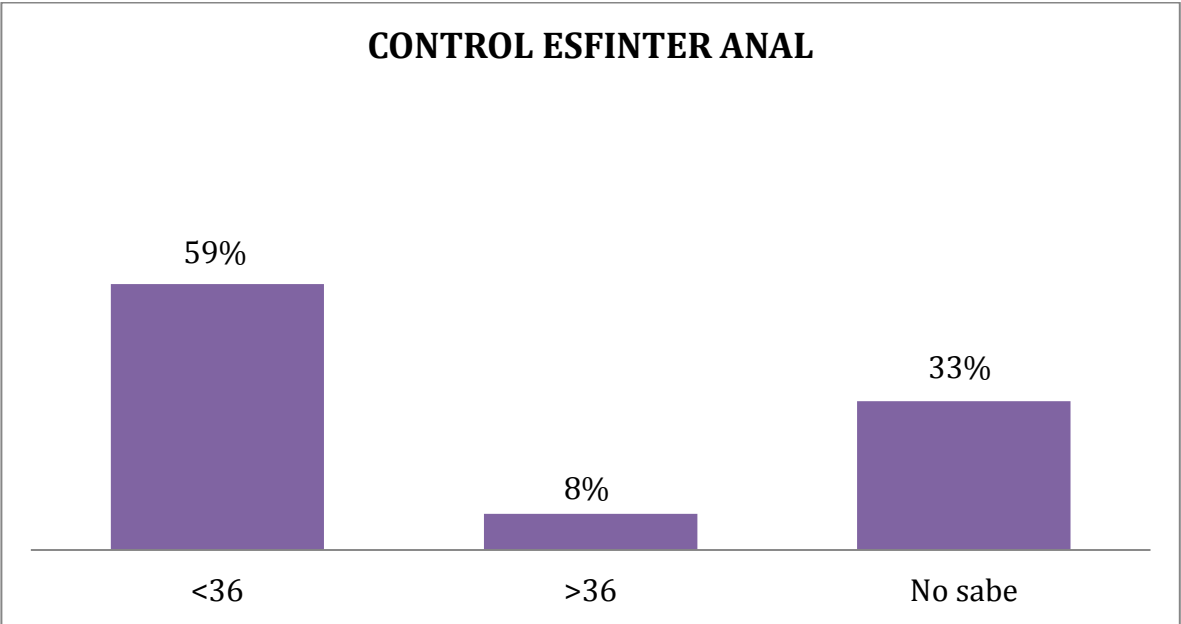


Figura 31. Control de esfínter anal.



La mayoría de los pacientes tuvieron controles de crecimiento y desarrollo (Ver figura 32 y 33).

-Datos de Controles

Figura 32. Porcentaje de los pacientes que asisten a los controles de crecimiento y desarrollo.

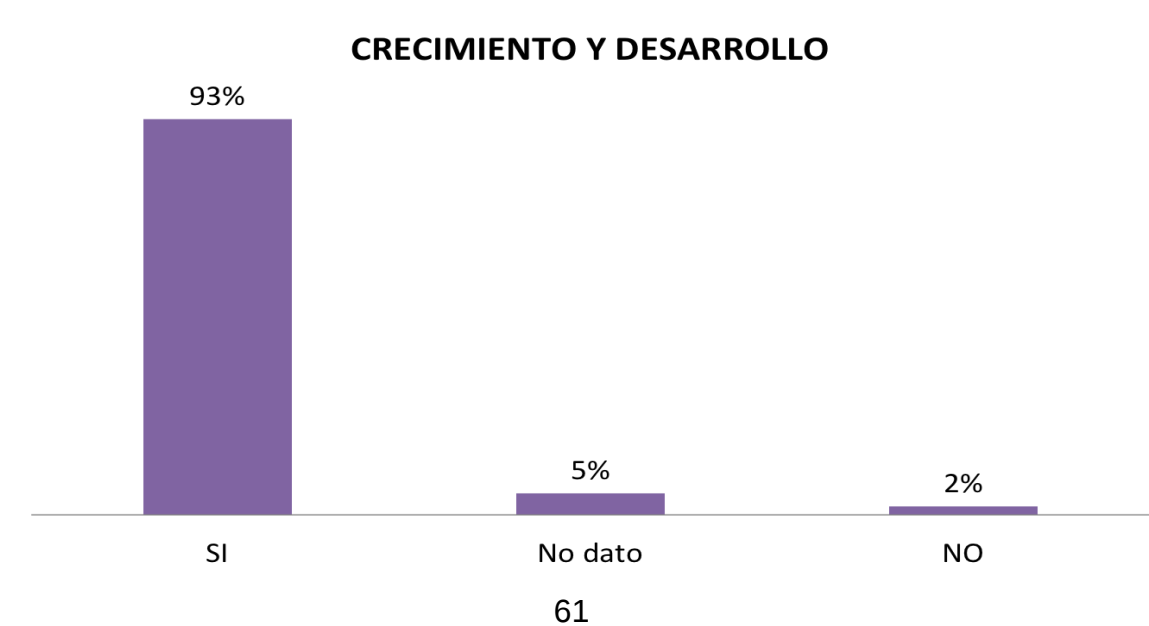
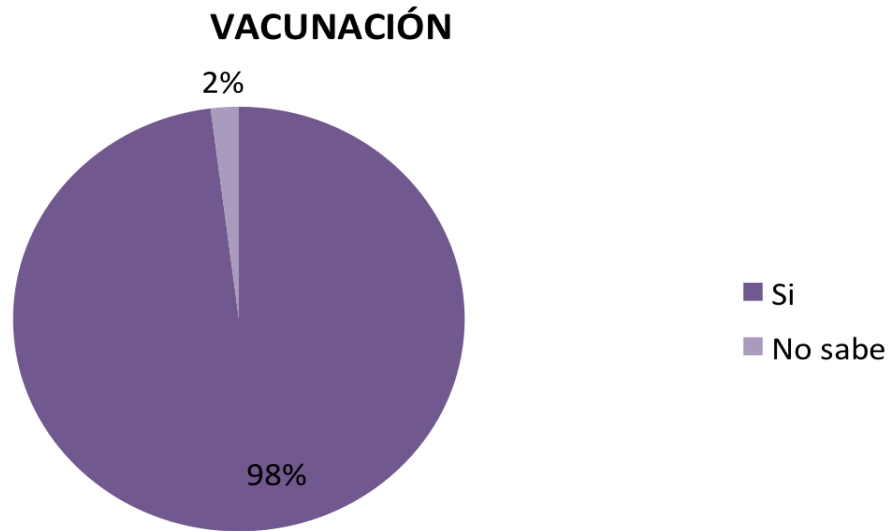


Figura 33. Porcentaje de los pacientes que asisten a vacunación.



-Datos de Antecedentes Personales y Familiares

Dentro de los antecedentes personales se encontró un 31% para los antecedentes de hospitalización seguido por un 17% por el uso de medicamentos, 10% realización de cirugías y cinco por ciento para antecedentes traumáticos y tóxicos. Los antecedentes patológicos se agruparon por grupos de sistemas y se encontró que el 29% presentaron enfermedades respiratorias seguido por 17% de problemas alérgicos (Ver figuras 34 y 35).

Figura 34. Distribución de los antecedentes personales.

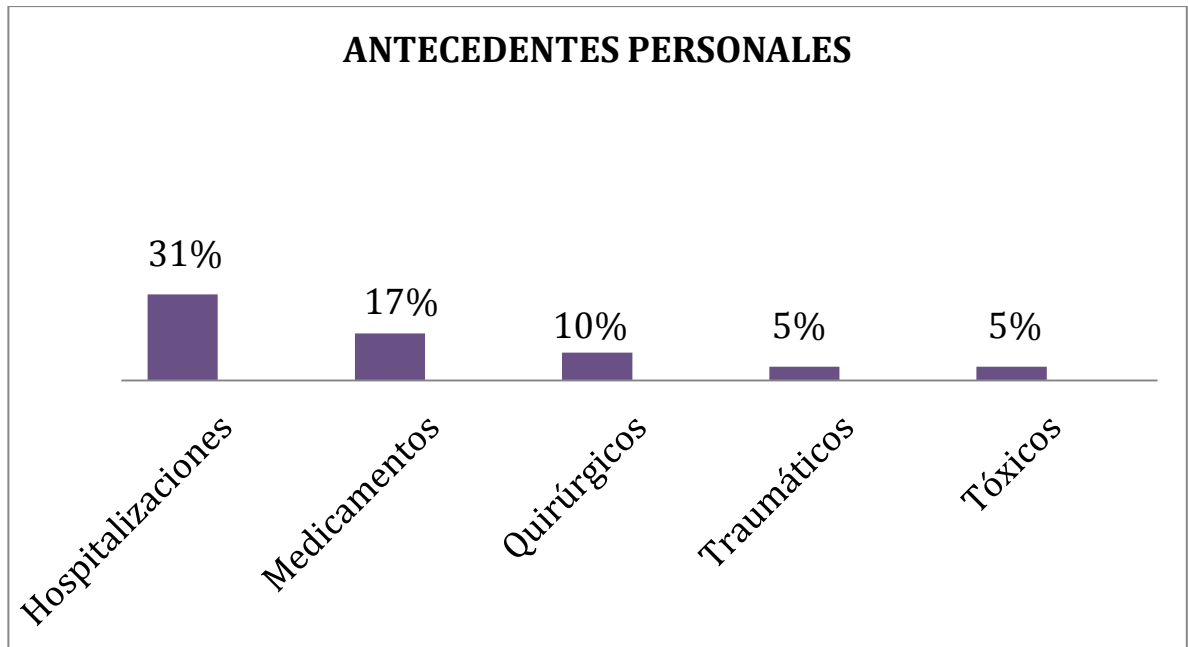
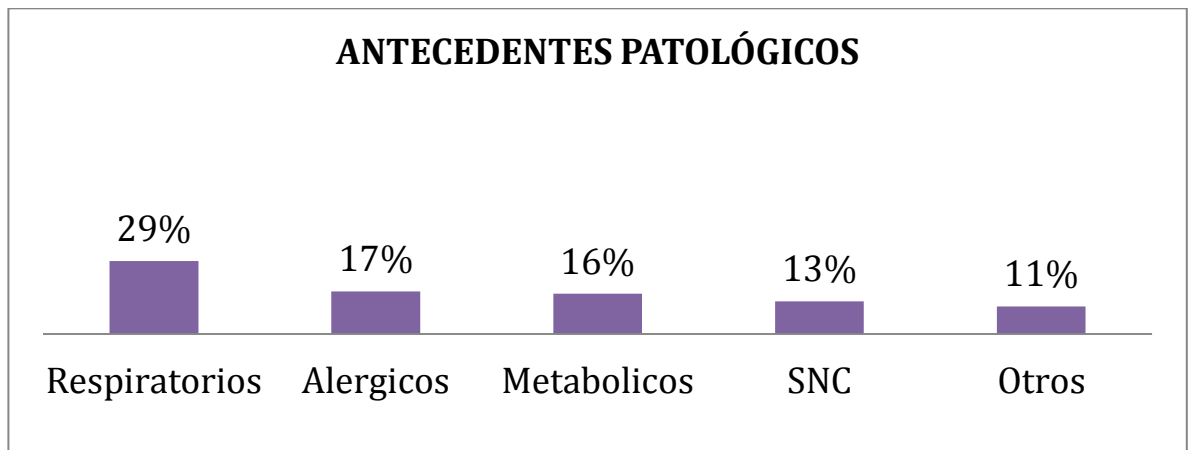
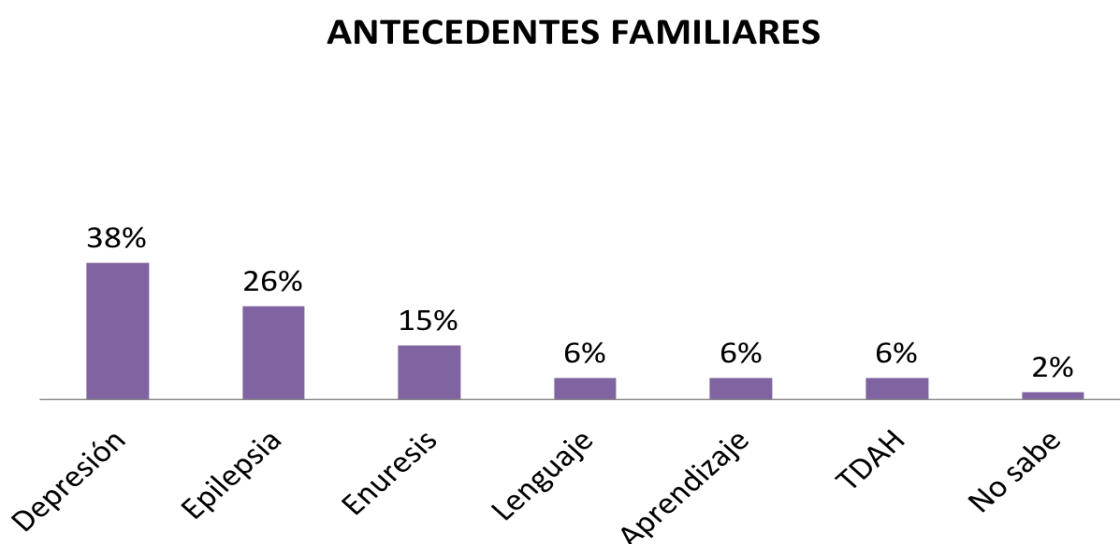


Figura 35. Distribución de los antecedentes patológicos.



Dentro de los antecedentes familiares, el 38% son antecedentes de depresión, seguidos por epilepsia y enuresis. Los porcentajes de trastornos de lenguaje y aprendizaje son muy bajos (Ver figura 36).

Figura 36. Distribución de los antecedentes familiares.



-Datos de los Estilos de Crianza

Con respecto a los patrones de crianza se encontró que la mayoría de los pacientes fueron cuidados por su madre durante el primer año y después (Ver figura 37 y 38).

Figura 37. Cuidados del paciente desde recién nacido hasta el primer año.

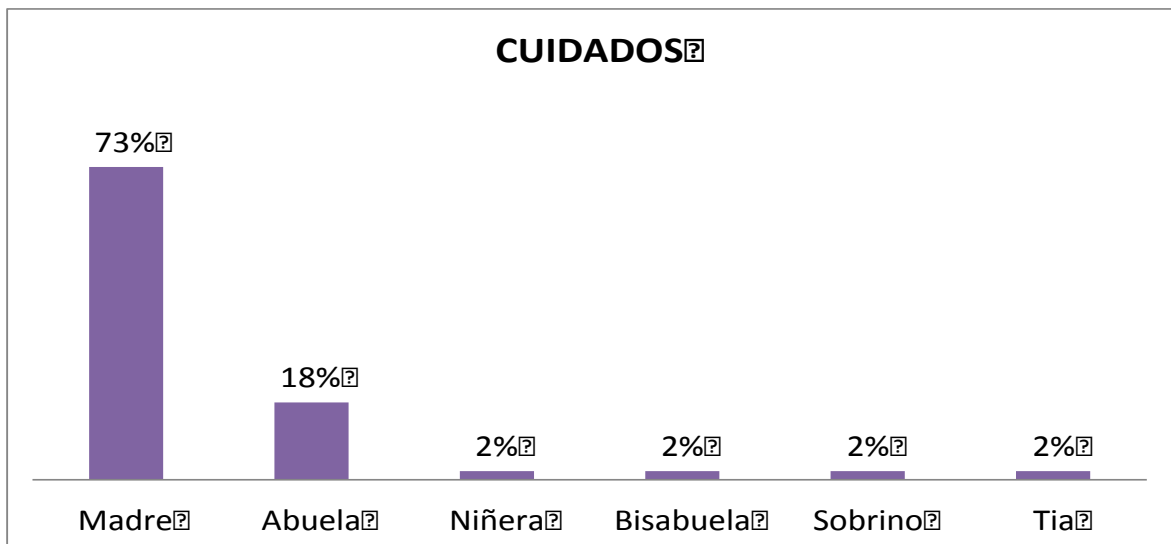
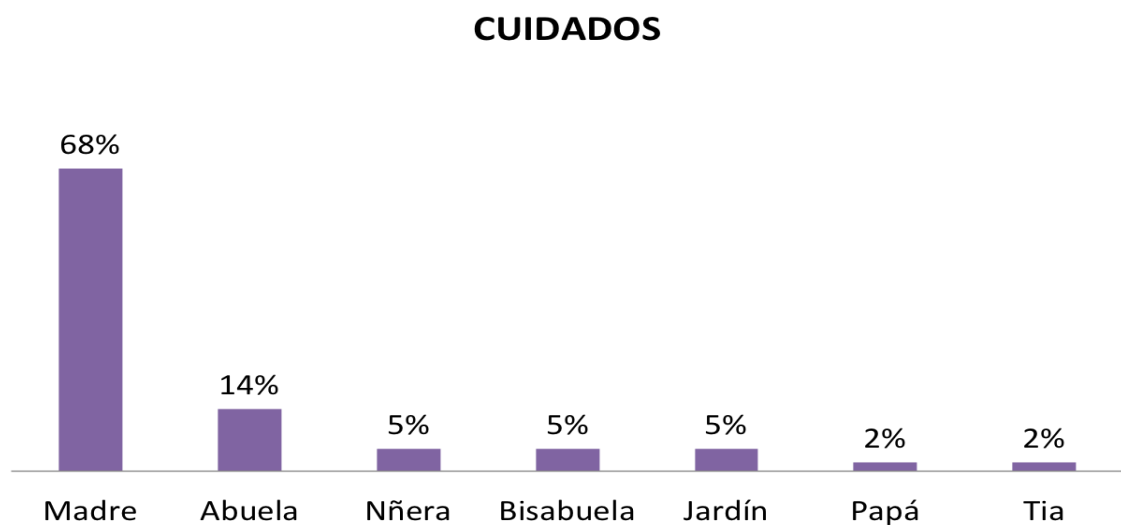


Figura 38. Cuidados del paciente después del primer año hasta el inicio de la escolaridad.



Solamente el 14% de los pacientes tuvieron un objeto transicional. La mayoría de los pacientes refieren un apego adecuado según se observa en la siguiente figura

Figura 39. Porcentaje de pacientes con objeto transicional.

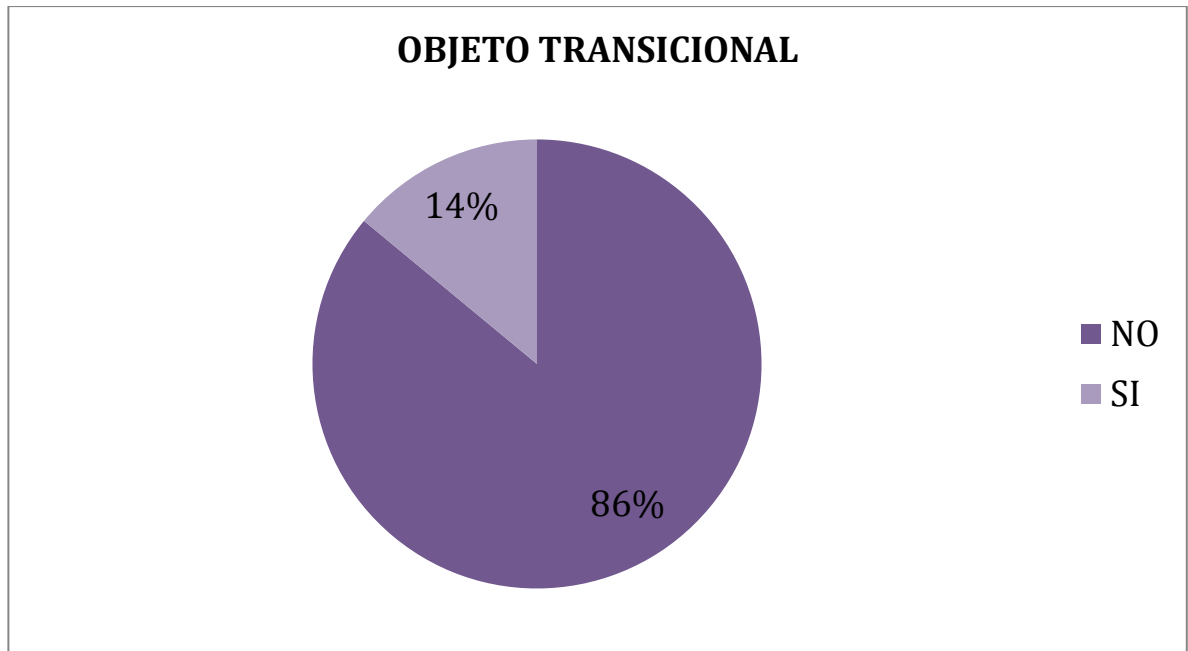
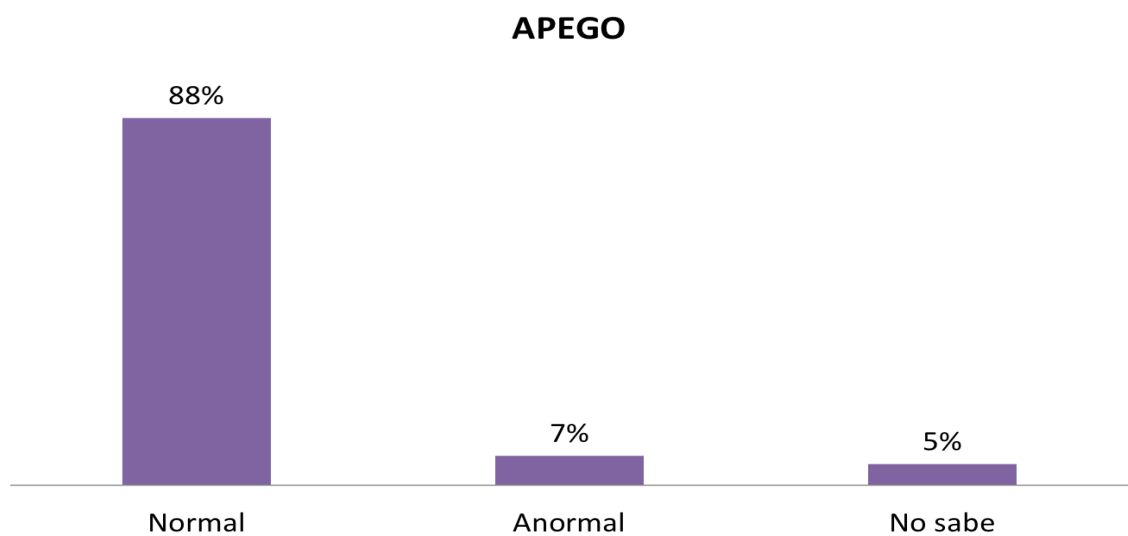


Figura 40. Apego entre madre e hijo.



Durante el proceso de crianza se encuentran diferentes formas de castigar y premiar a los pacientes según lo muestran las figuras 41 y 42.

Figura 41. Formas de castigos impuestos por los padres a los pacientes.

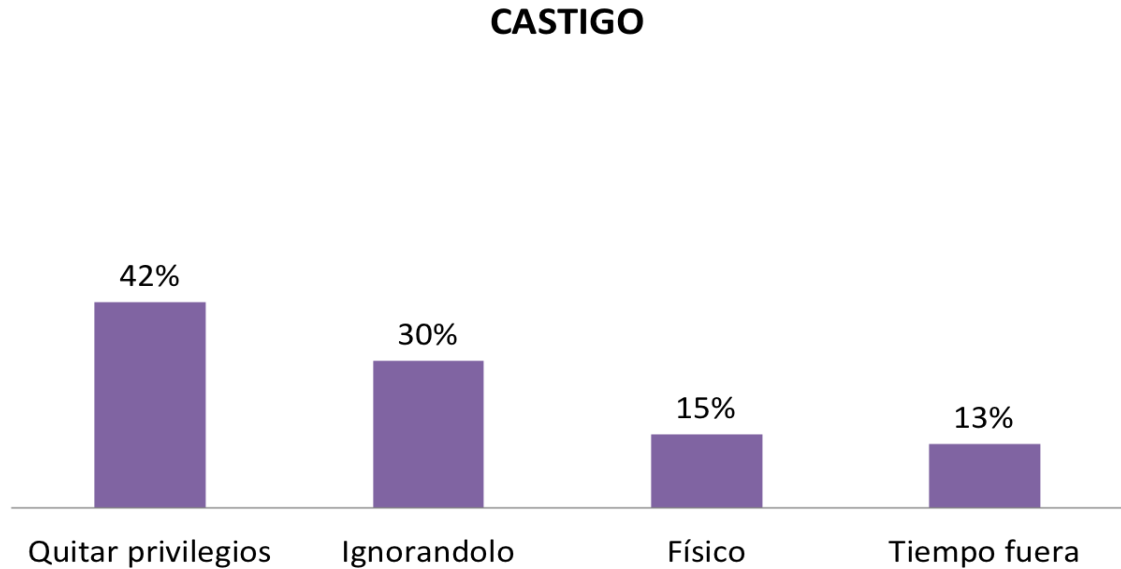
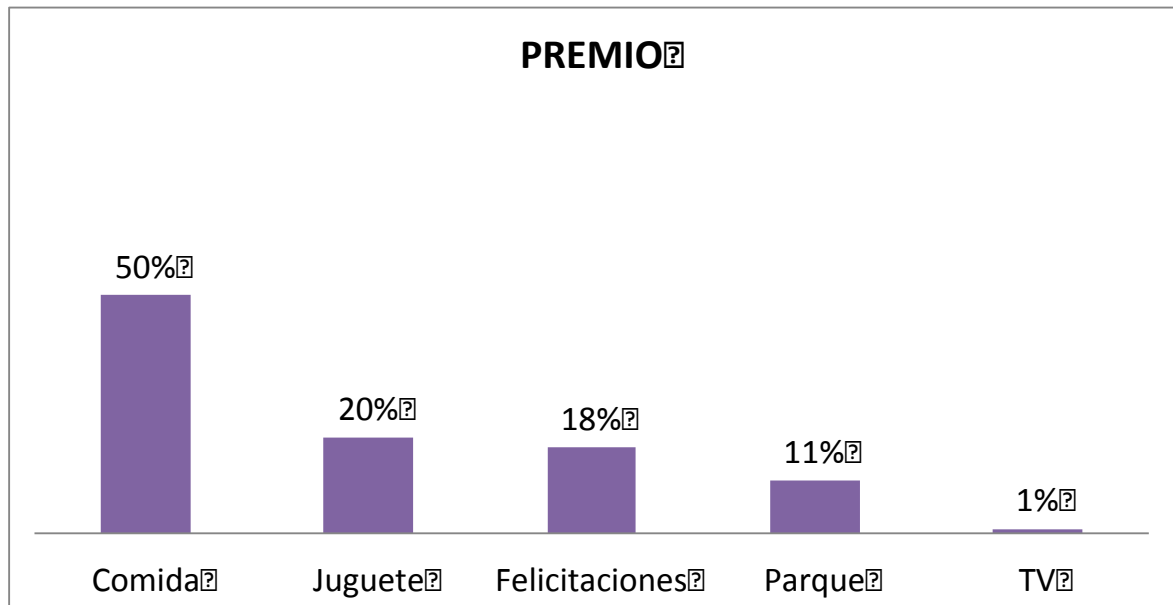


Figura 42. Formas de premio impuestos por los padres a los pacientes.



-Datos del Sueño

En relación al sueño, se valoró la presencia de sueño inquieto, somniloquia, colecho, la presencia de una rutina a la hora de acostarse, bruxismo, sonambulismo y pesadillas. Se encontró la siguiente distribución (Ver figuras 43 - 49).

Figura 43. Porcentaje de la presencia del sueño inquieto.

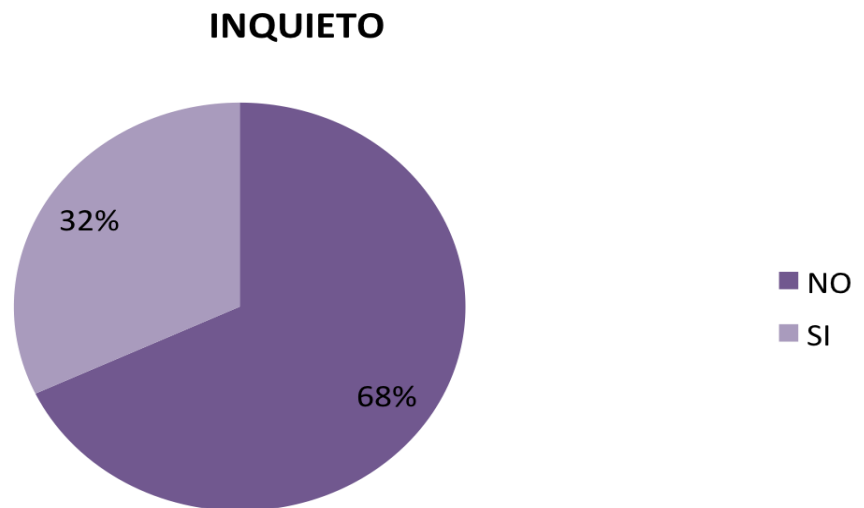


Figura 44. Porcentaje de la presencia de somniloquia.

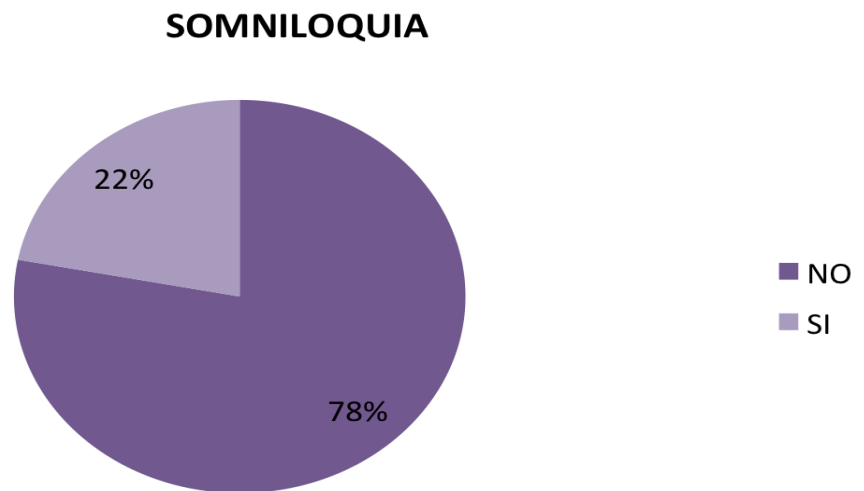


Figura 45. Porcentaje de la presencia de colecho.

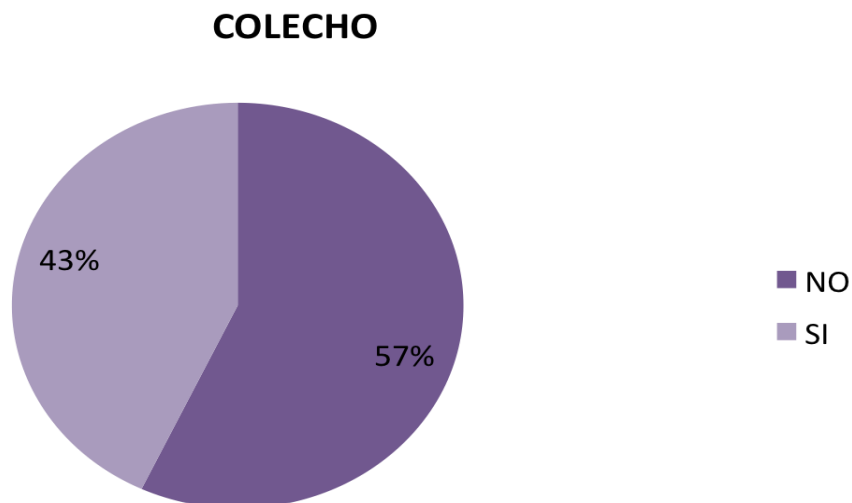


Figura 46. Porcentaje de la presencia de hábitos de rutina.

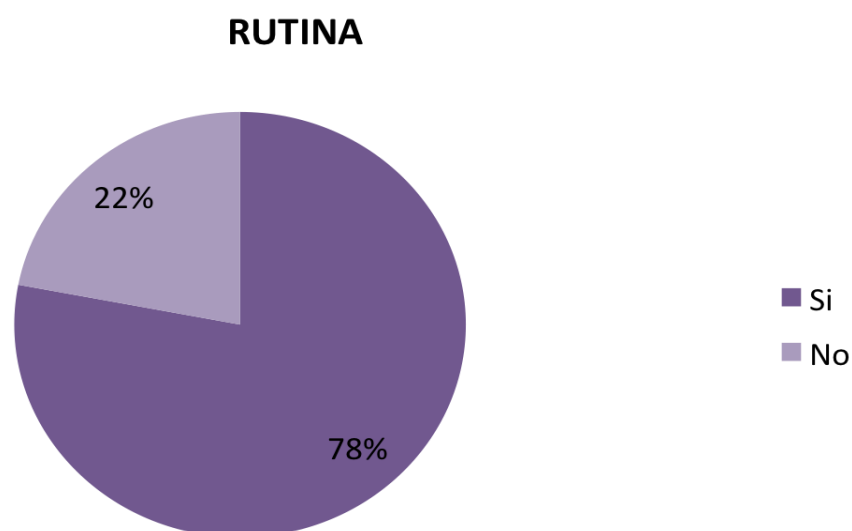


Figura 47. Porcentaje de la presencia de bruxismo.

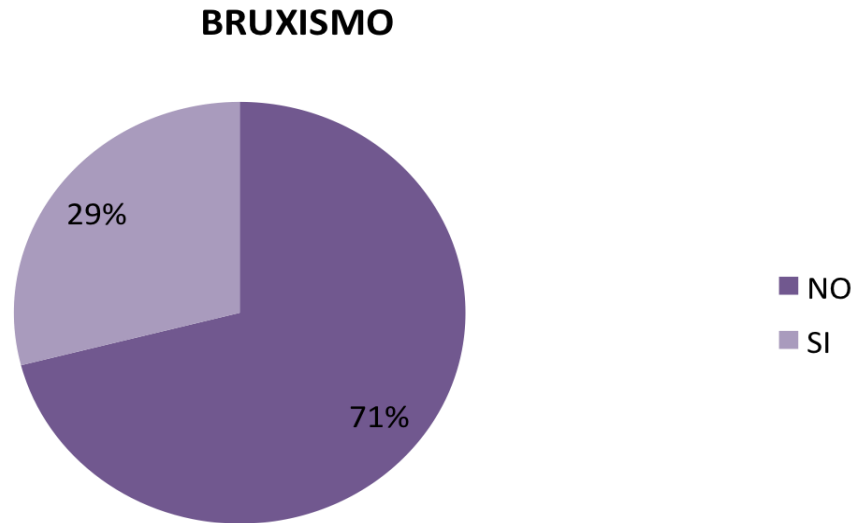


Figura 48. Porcentaje de la presencia de sonambulismo.

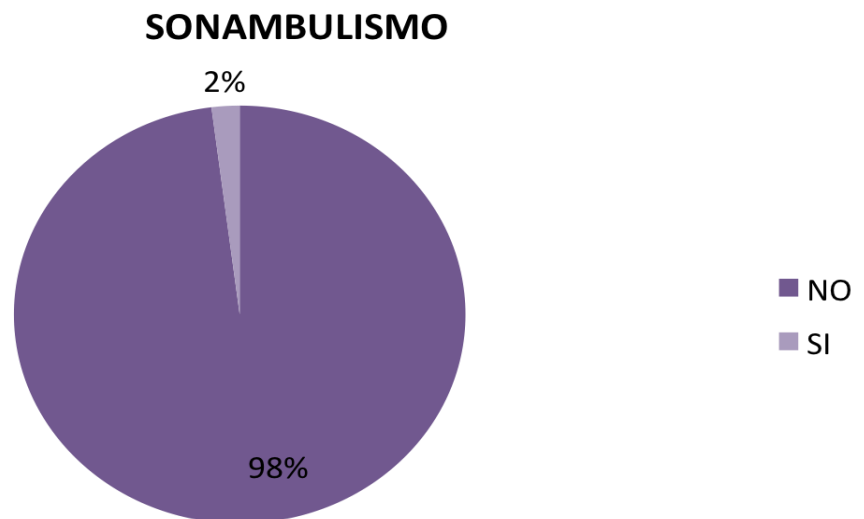
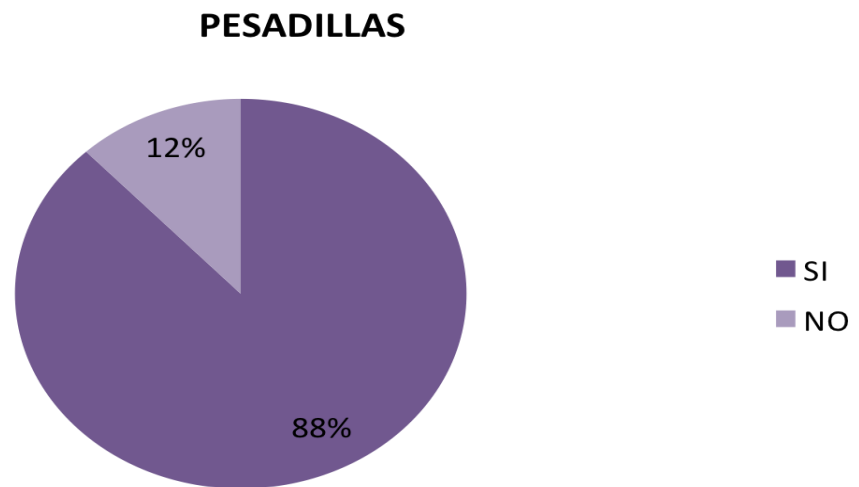


Figura 49. Porcentaje de la presencia de pesadillas.



-Datos del Juego

Con respecto al juego, se encontró que el 38% de los pacientes practican juegos de mesa, el 33% juegos grupales, 12% bicicleta, 7% juego de roles, cinco por ciento videojuegos y el personas que juegan con los niños (Ver figuras 50 y 51).

Figura 50. Tipo de juego

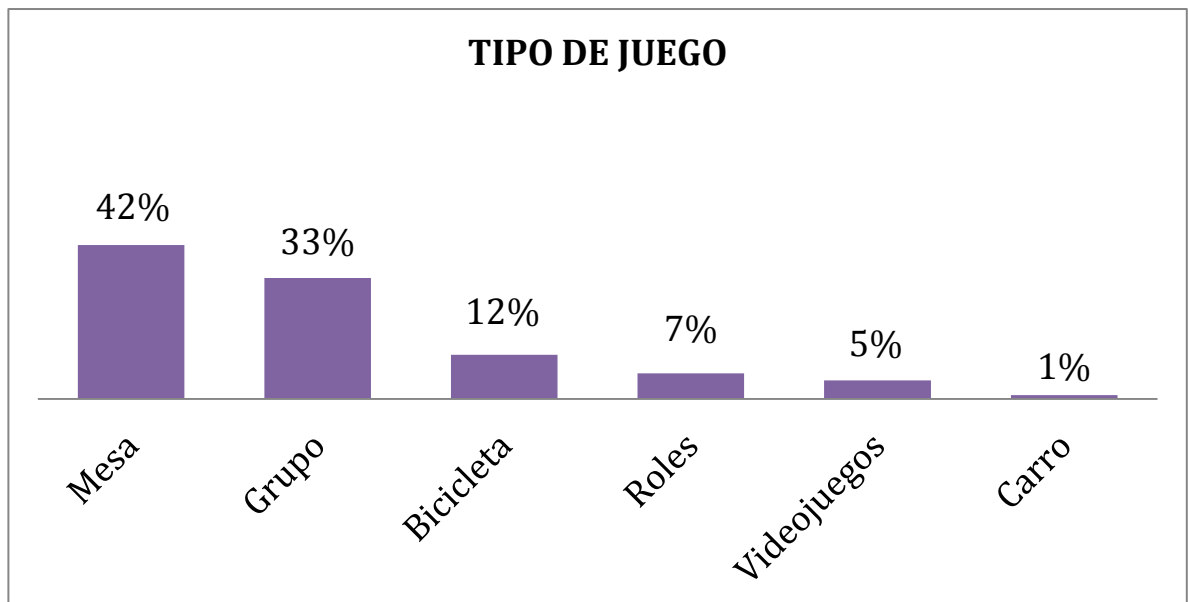
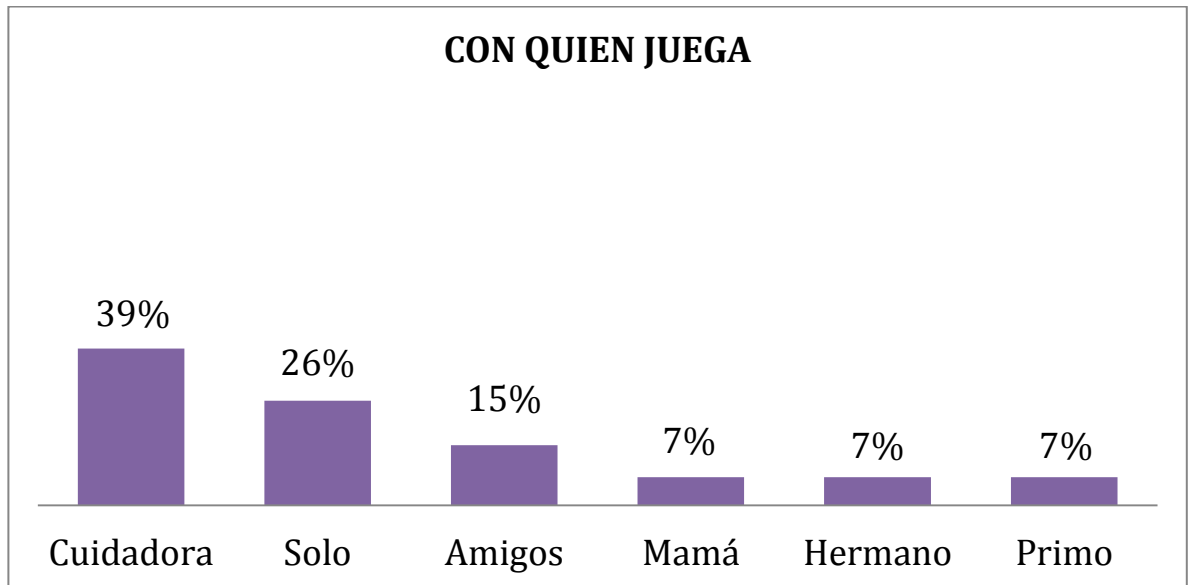


Figura 51. Distribución de las personas que juegan con los pacientes.



-Datos de la Mascota

El 33% de los pacientes tienen mascota de los cuales el 74% tienen una buena relación (Ver figura 52 y 53).

Figura 52. Porcentaje de los pacientes que tienen mascota.

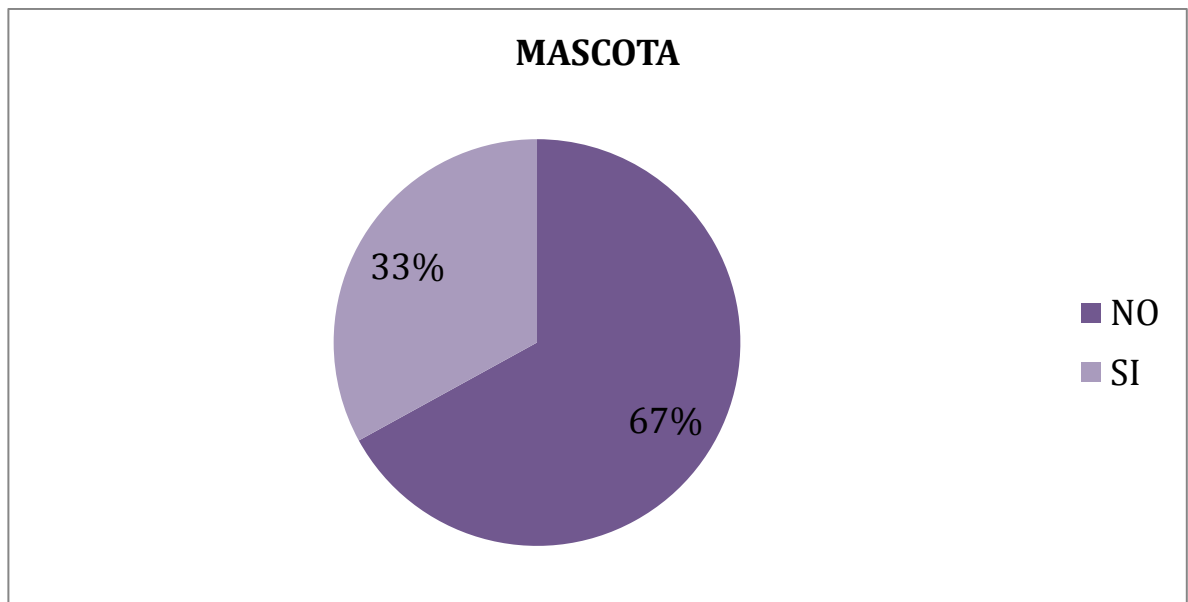
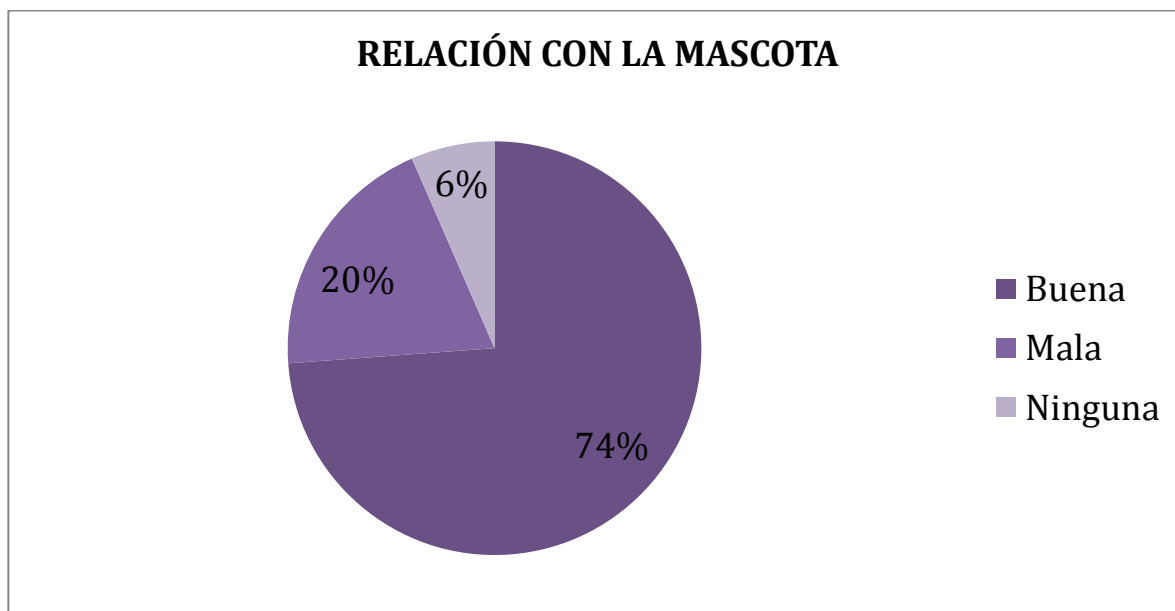


Figura 53. Relación con la mascota.



-Datos del Desarrollo del Lenguaje

En el desarrollo del lenguaje, se valoró las primeras tres palabras emitidas por los pacientes. En las figuras 54 - 56 se tiene el porcentaje donde el cuidador recuerda las primeras palabras. Los fonemas que conforman las palabras en su mayoría son oclusivos, bilabiales (81%), sonoras y nasales según se observa en las siguientes tabla.

Tabla 5. Distribución de las primeras palabras.

Palabra	Mama	Papa	Agua	Tata	Tonto	Tete	Nana	Brayan	Teta	Nene	Bebe
1°	50%	31%	2%	-	-	-	-	-	-	-	-
2°	29%	40%	-	2%	2%	2%	2%	2%	-	-	-
3°	7%	7%	2%	-	-	19%	-	-	2%	5%	2%

Figura 54. Porcentaje de la primera palabra.

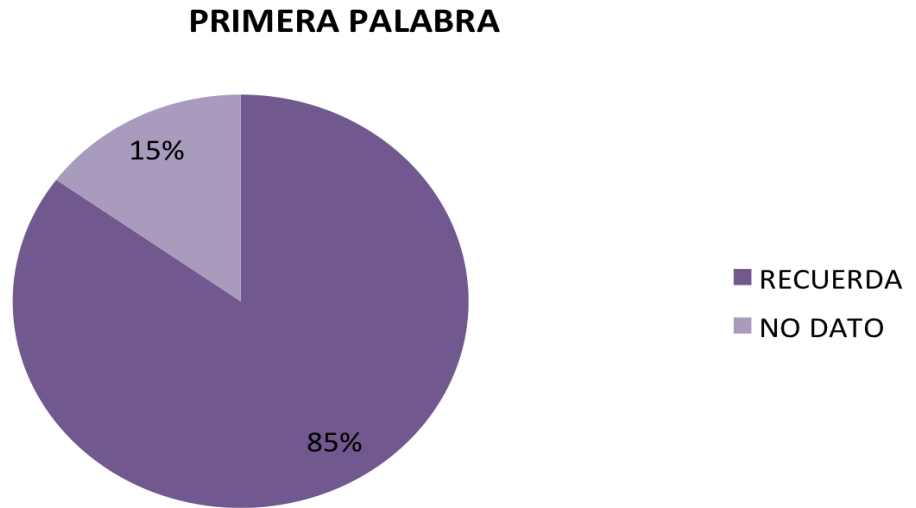


Figura 55. Porcentaje de la segunda palabra.

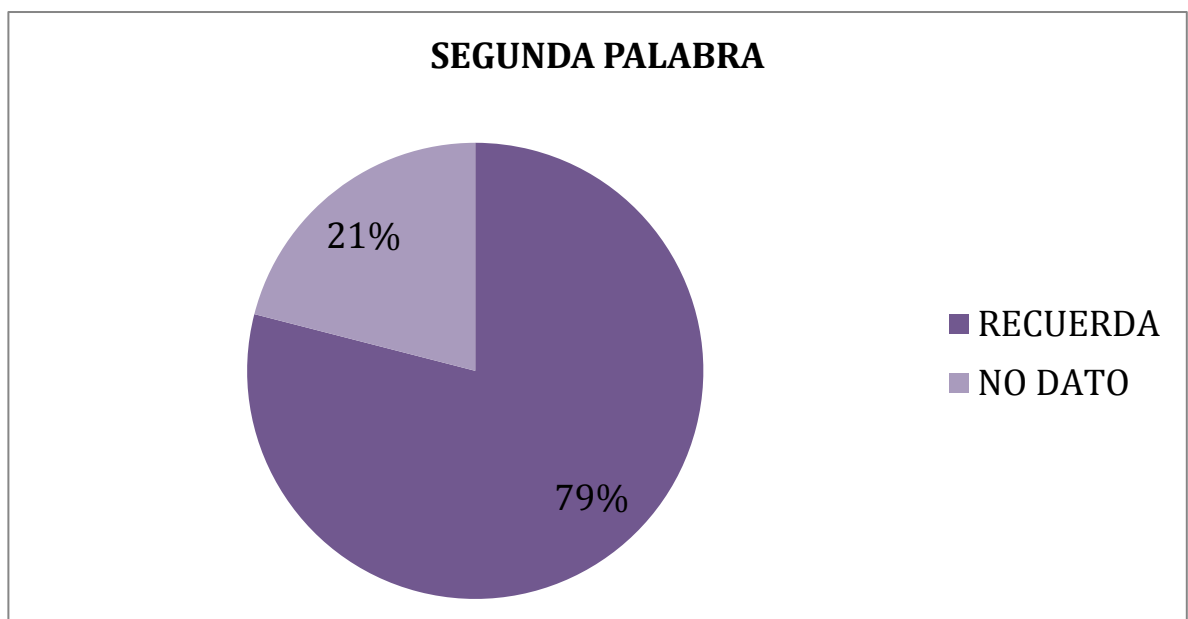
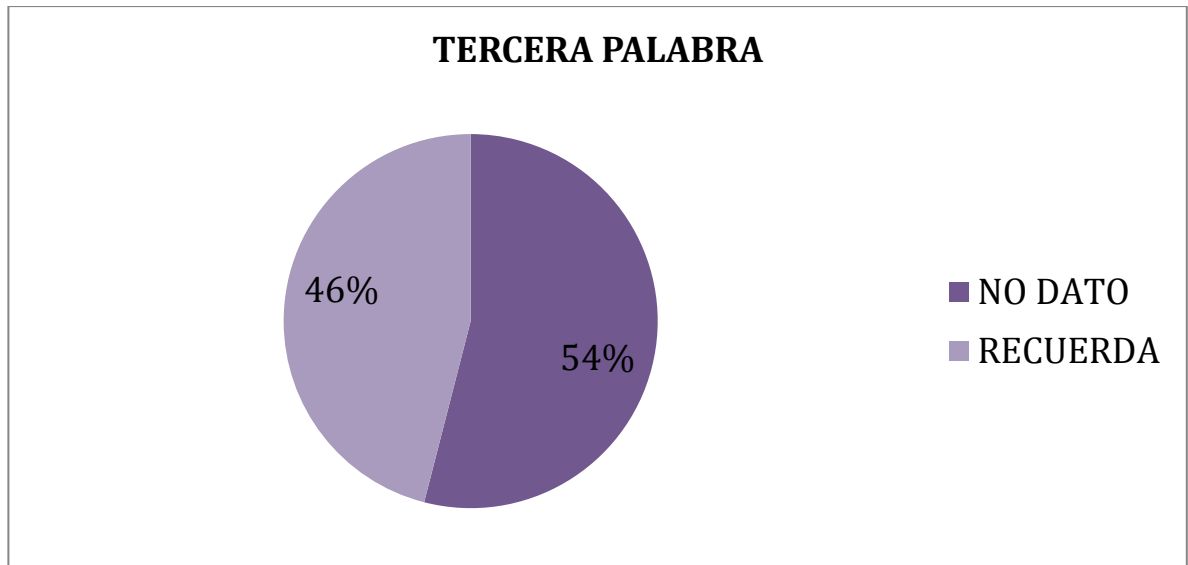
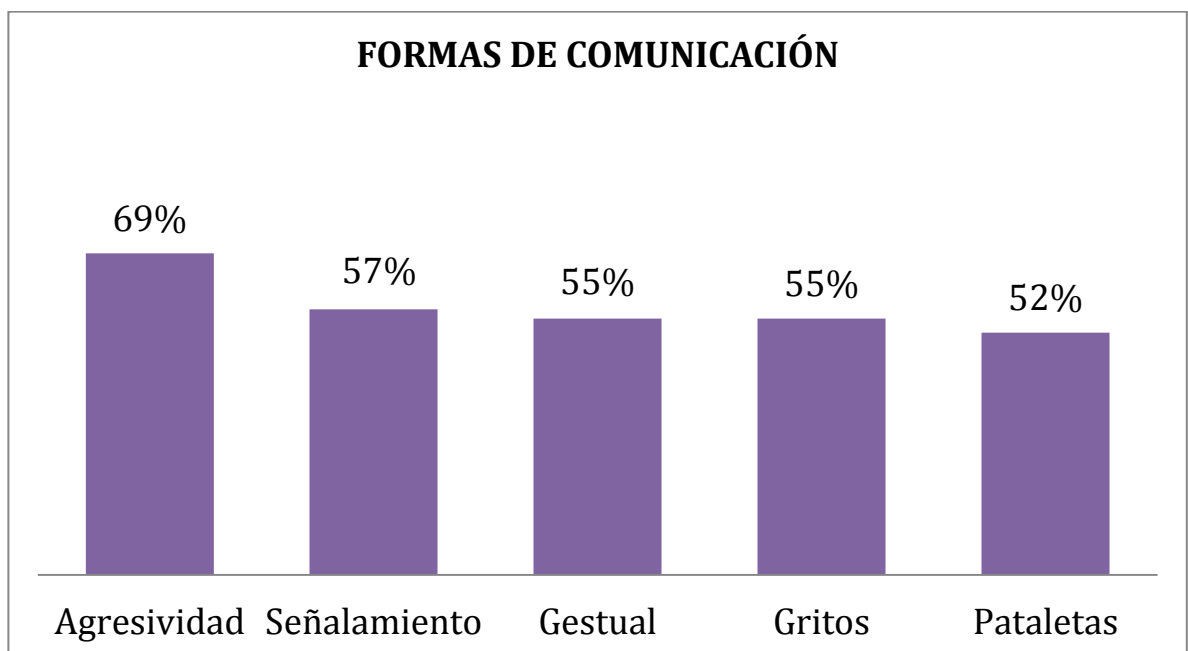


Figura 56. Porcentaje de la tercera palabra.



En relación a la forma de comunicación no verbal, se encuentra la siguiente distribución

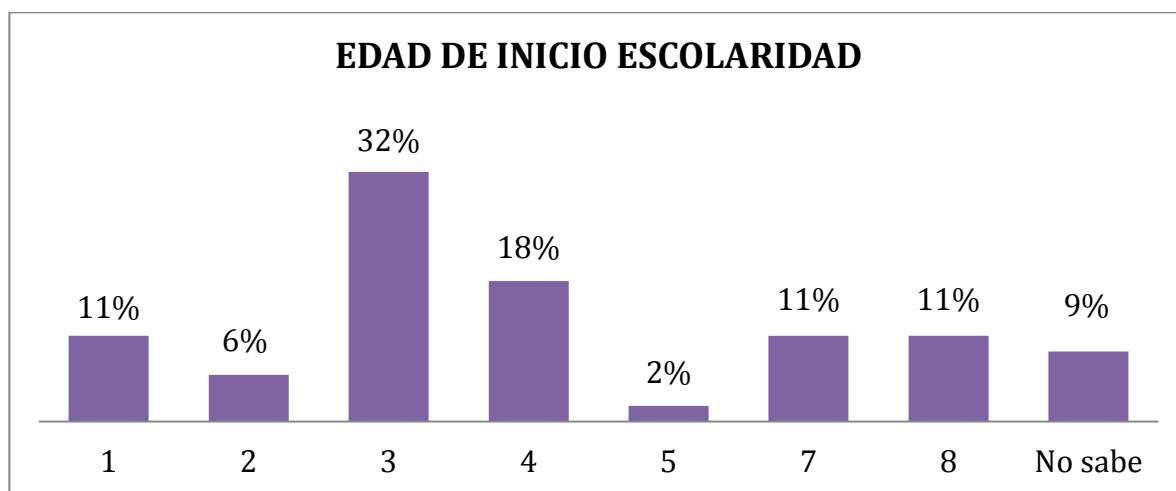
Figura 57. Formas de comunicación no verbal.



-Datos de la Escolaridad

Con respecto al colegio, se encontró que la edad de inicio al jardín fue en promedio tres años según se observa en la siguiente figura.

Figura 58. Edad de inicio de escolaridad.



La adaptación escolar fue reportada como buena en un 71% de los pacientes, el 14% reprobó y el 7% pasaron por promoción automática (Ver figuras 59 - 61).

Figura 59. Adaptación escolar.

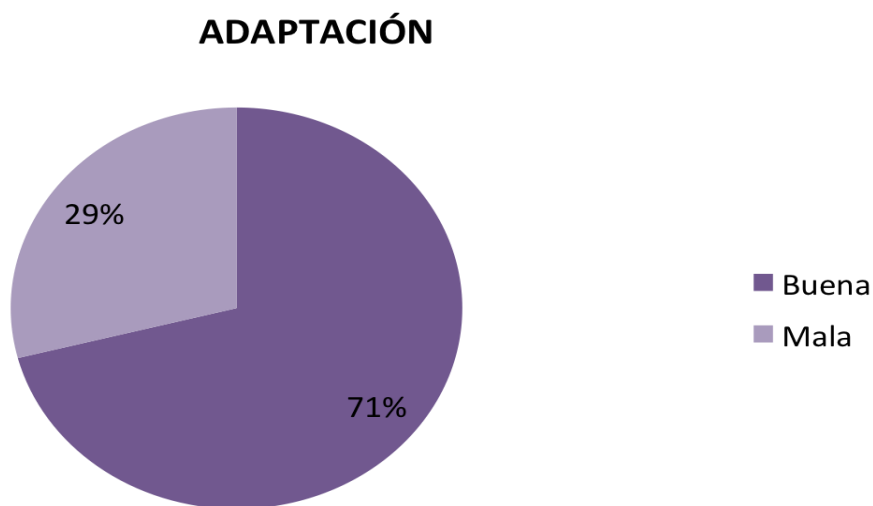


Figura 60. Reprobación escolar.

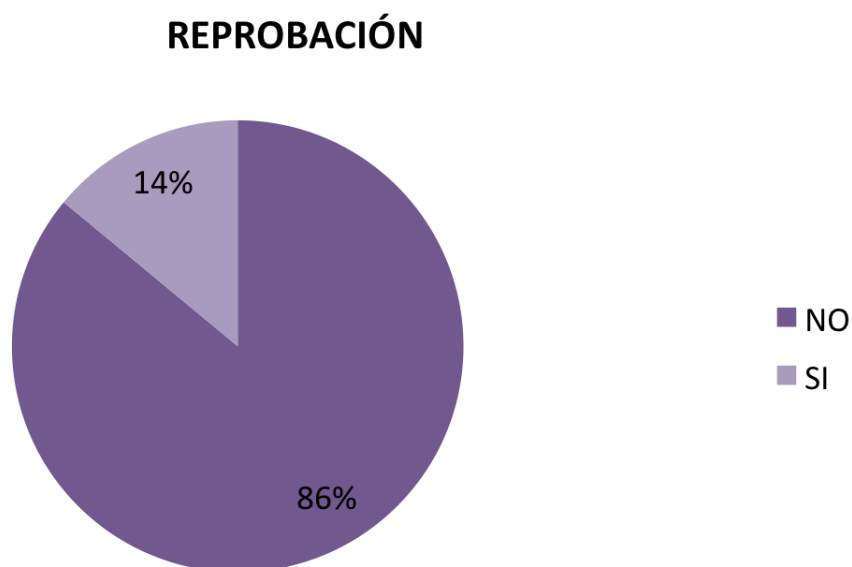
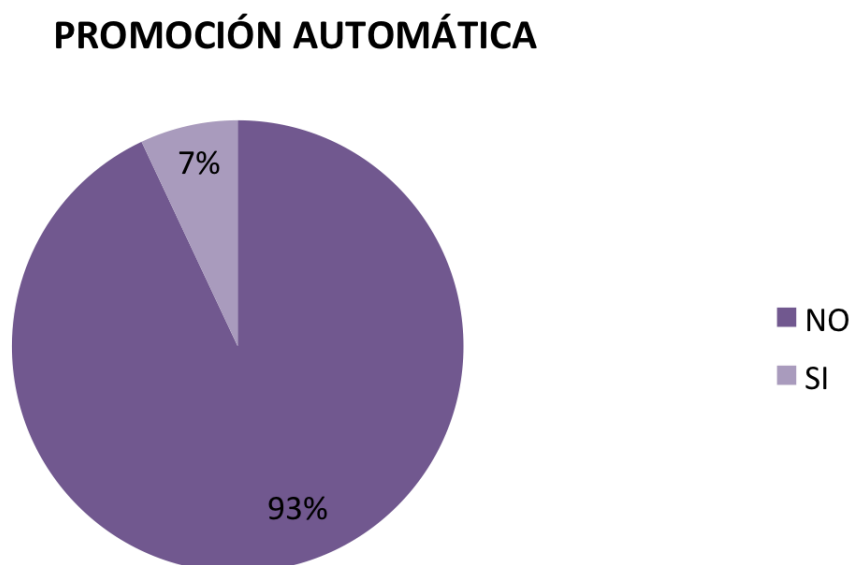
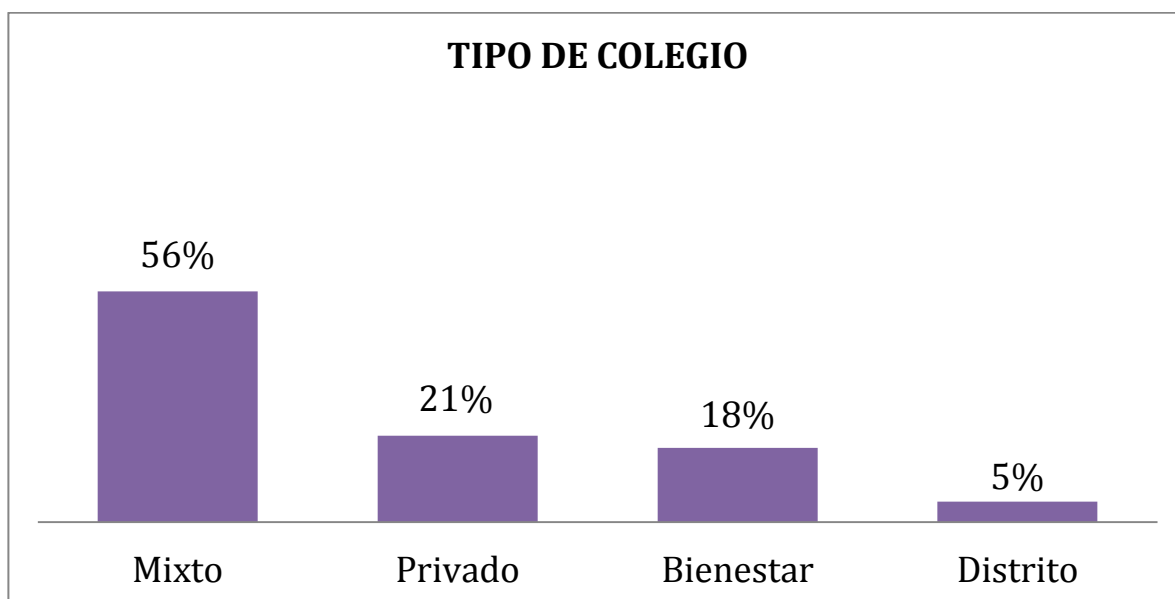


Figura 61. Promoción automática.



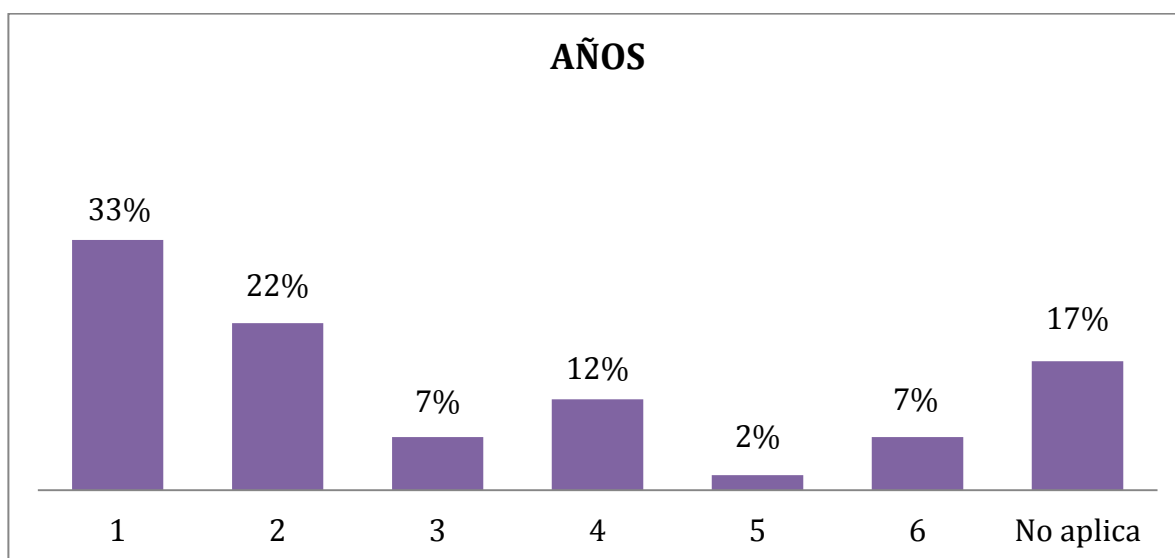
En el 56 % de los pacientes, el colegio donde se encontraban era mixto, seguido del 21% donde era privado como se observa en la siguiente figura.

Figura 62. Tipo de colegio.



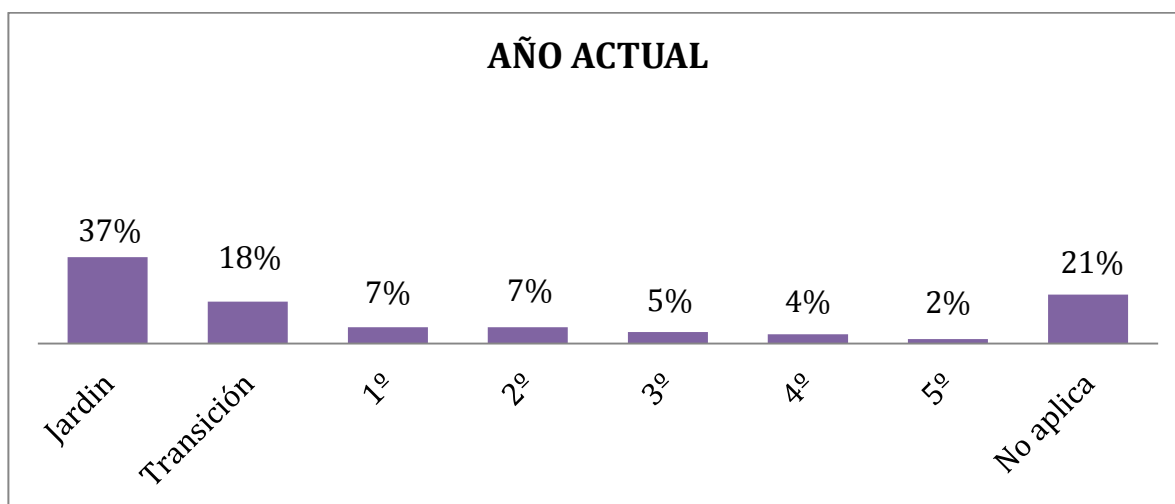
Con relación a los años estudiados, el 33% de los pacientes lleva un año estudiando (Ver figura 63).

Figura 63. Promedio de los años que llevan estudiando los pacientes.



En el momento del estudio, el 37% de los pacientes se encontraba en jardín y el 21% no se encontraba estudiando según se observa en la siguiente figura.

Figura 64. Año actual de escolaridad.



-Datos de la Relación con pares y profesores

La relación con pares y profesores es reportada como buena en un 74% y 88% respectivamente (Ver figuras 65 y 66).

Figura 65. Relación con pares.

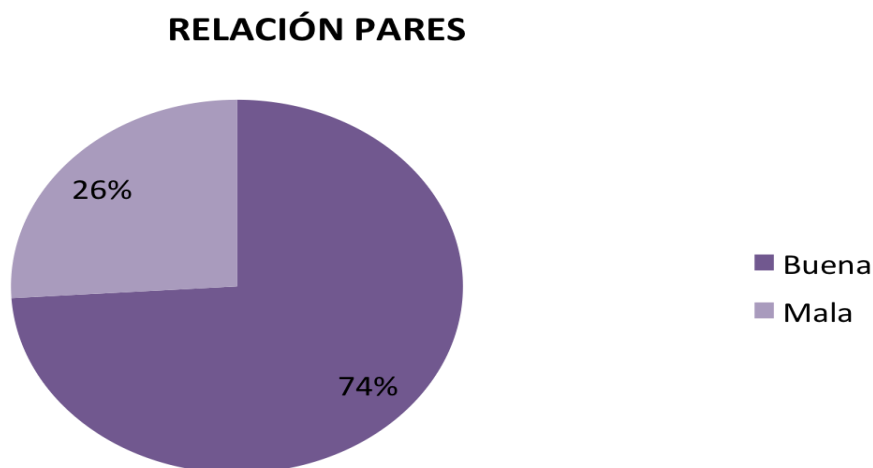
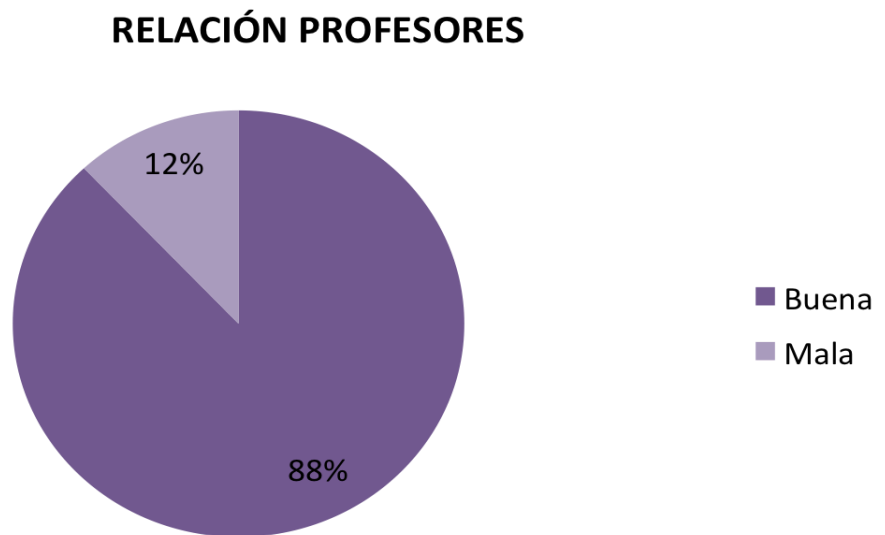
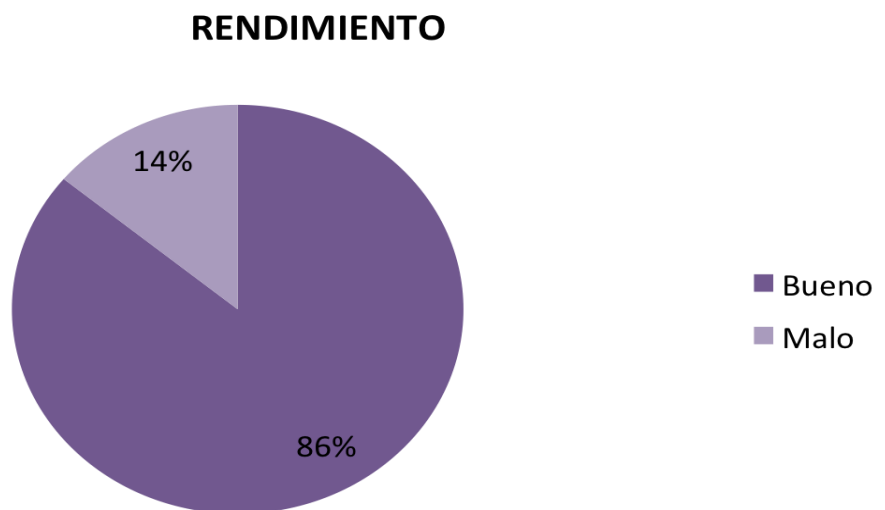


Figura 66. Relación con profesores.



En el 86% de los pacientes el rendimiento escolar actual es bueno según se observa en la figura 67.

Figura 67. Rendimiento escolar.



-Datos de Sintomatología

Dentro de la evaluación de la sintomatología, se valoró la presencia de síntomas: ansiedad en un 26% de los pacientes, 13% baja autoestima, 43% distractibilidad, 62% hiperactividad, 48% inatención, 74% agresividad y 81% presencia de pataletas en casa, colegio y/u otro lugar (Ver figuras 68 - 74).

Figura 68. Porcentaje de los síntomas de ansiedad.

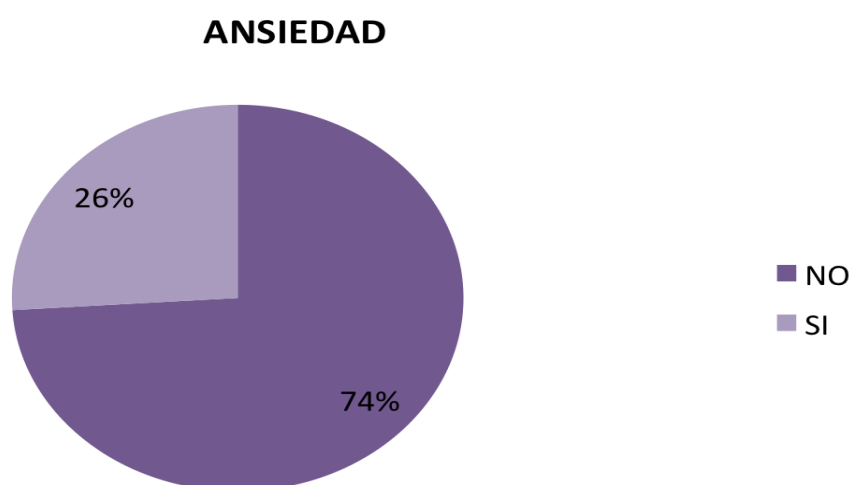


Figura 69. Porcentaje de los síntomas de baja autoestima.

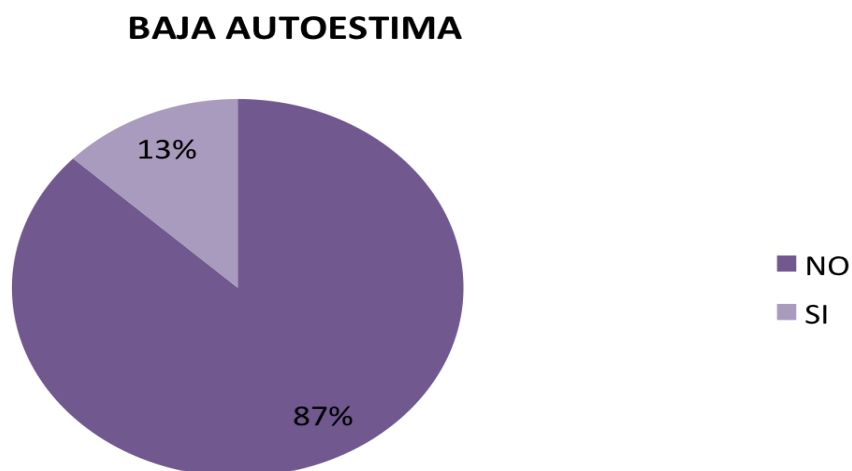


Figura 70. Porcentaje de los síntomas de distractibilidad.

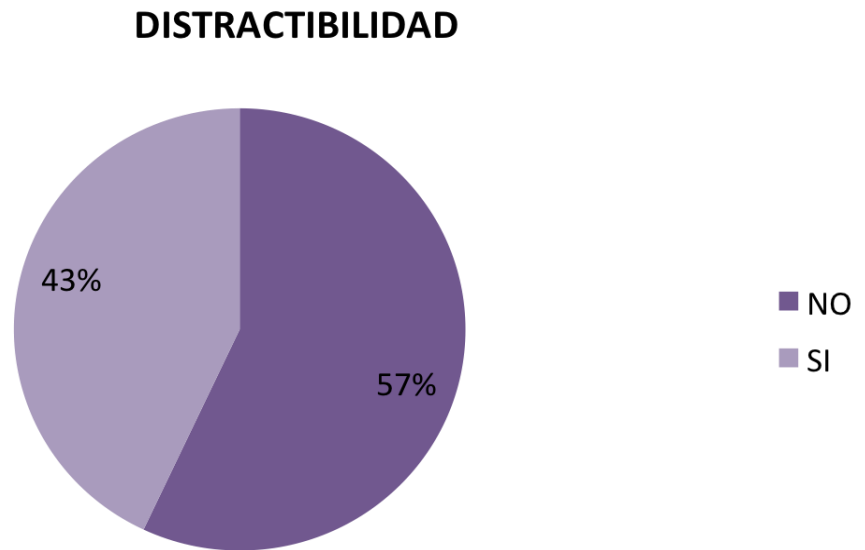


Figura 71. Porcentaje de los síntomas de hiperactividad.

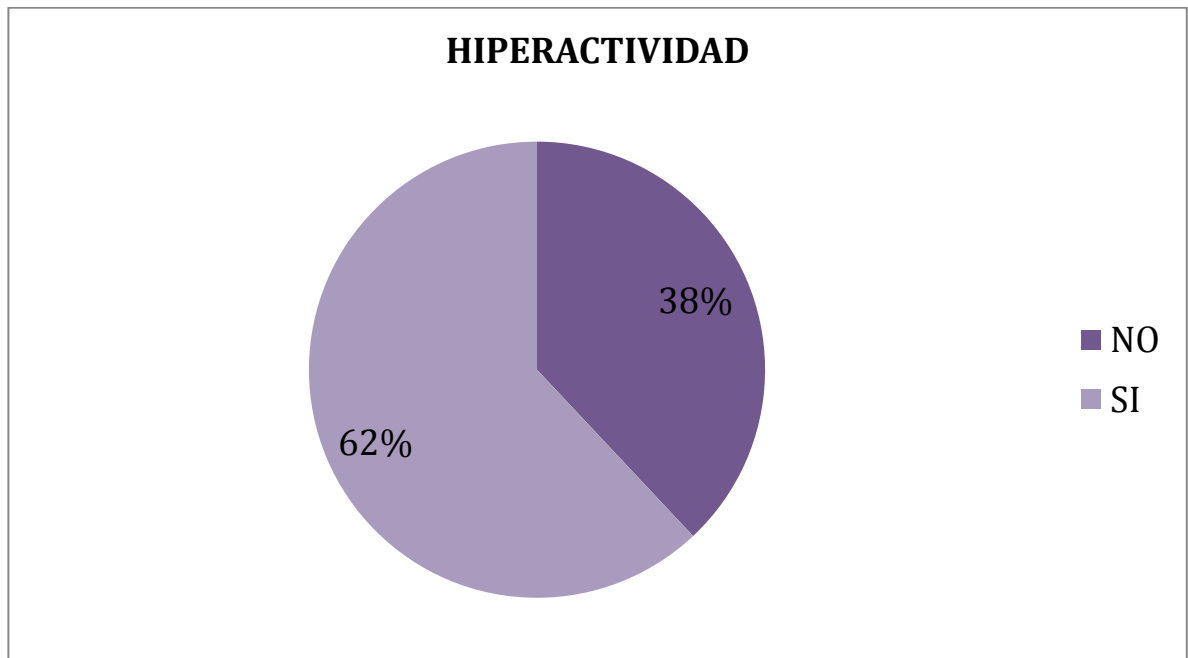


Figura 72. Porcentaje de los síntomas de inatención.

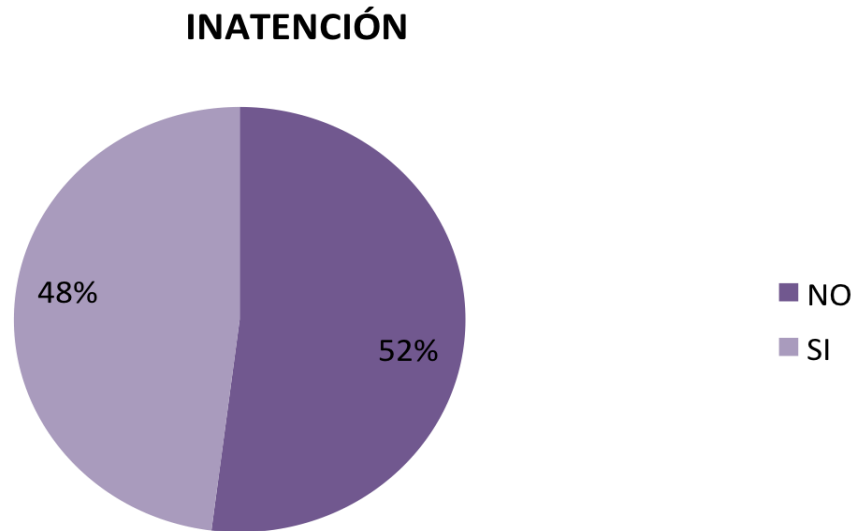


Figura 73. Porcentaje de los síntomas de agresividad.

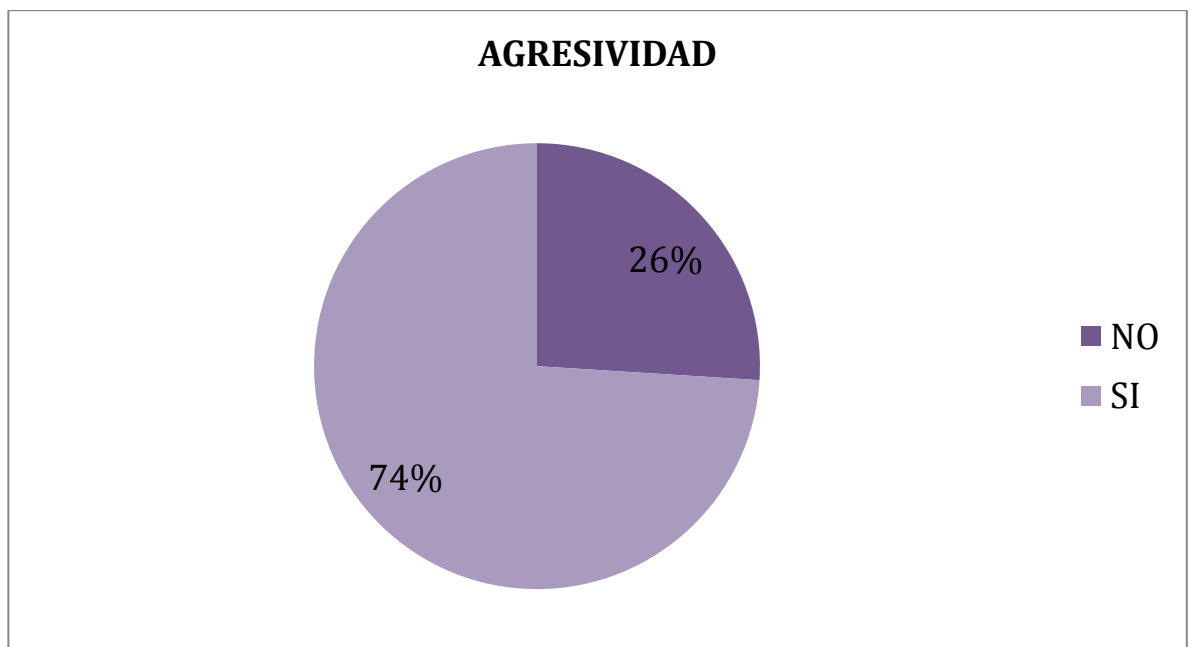
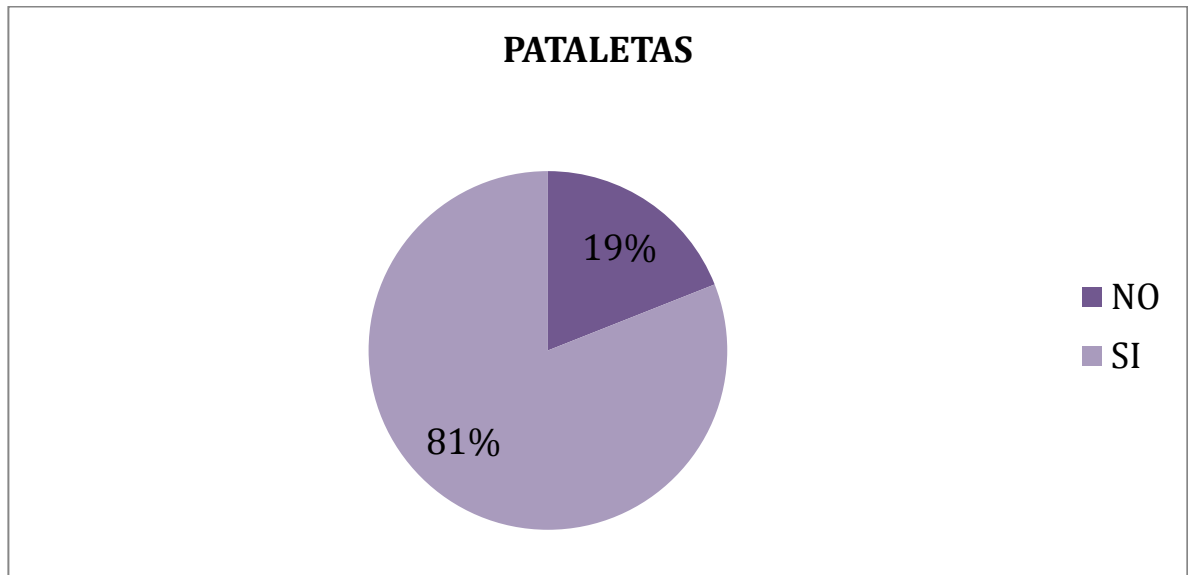


Figura 74. Porcentaje de los síntomas de pataletas.



-Datos de los Trastornos Psiquiátricos

Cuando se evalúan los trastornos psiquiátricos en estos niños, se encontró un porcentaje bajo: 10% Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), 10% Trastorno de conducta, siete por ciento Trastorno oposicional desafiante (TOD), cinco por ciento Trastorno de aprendizaje (Ver figuras 75 - 78).

Figura 75. Porcentaje del Trastorno por déficit de atención e hiperactividad.

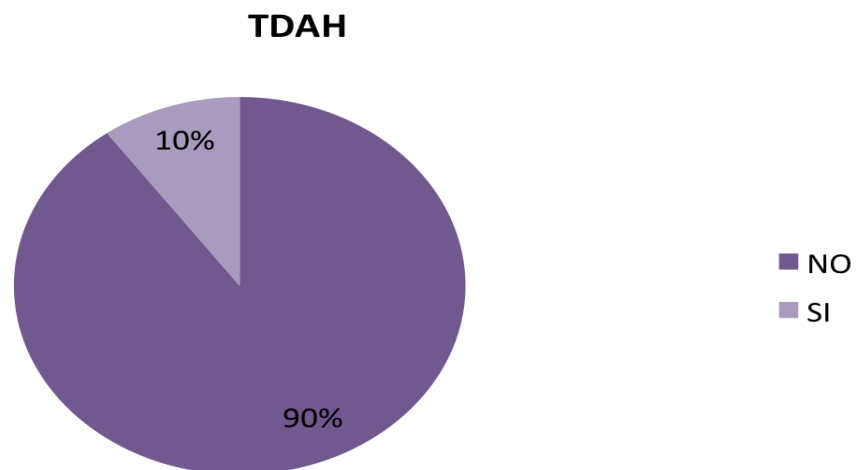


Figura 76. Porcentaje del Trastorno de conducta.

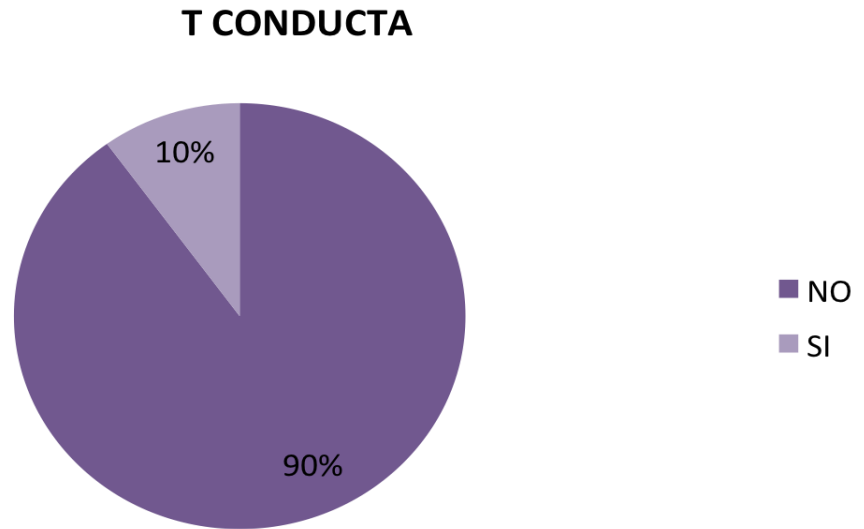


Figura 77. Porcentaje del Trastorno oposicional desafiante.

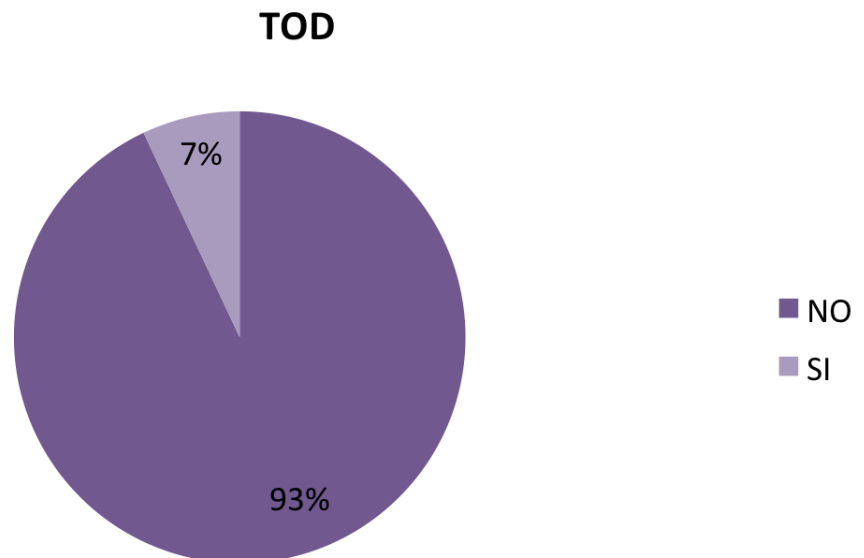
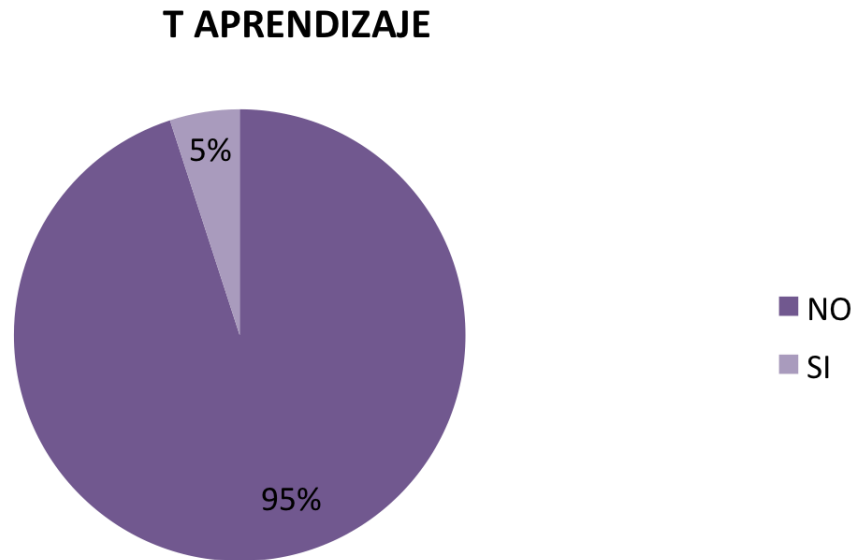


Figura 78. Porcentaje del Trastorno de Aprendizaje.



-Datos de los Manejo de los Pacientes

Dentro de la realización de exámenes complementarios y manejo por diferentes especialidades, se tienen las siguientes distribuciones.

Figura 79. Distribución de exámenes complementarios.

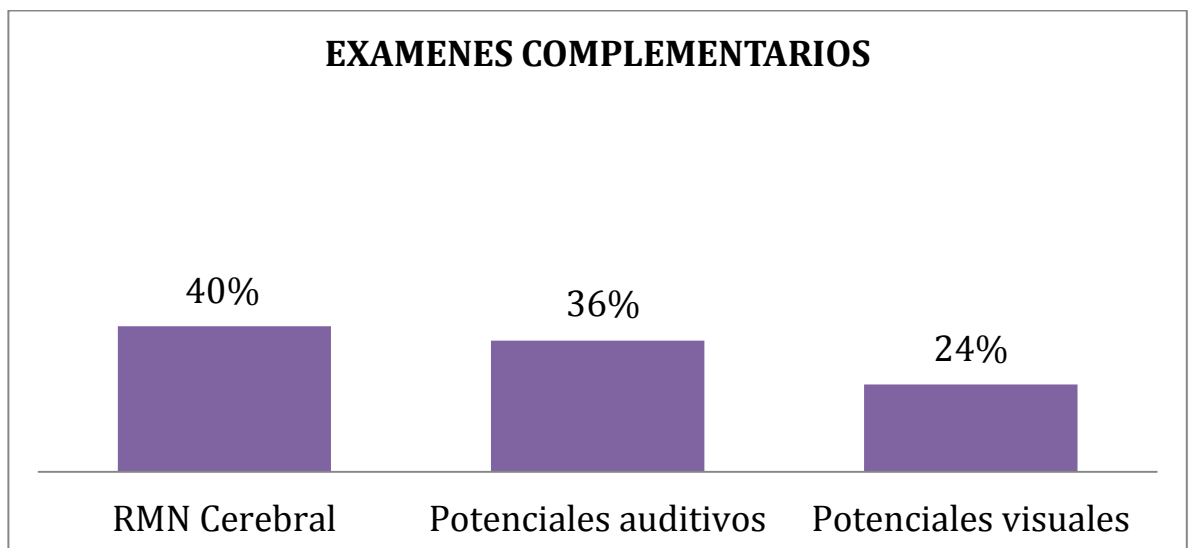
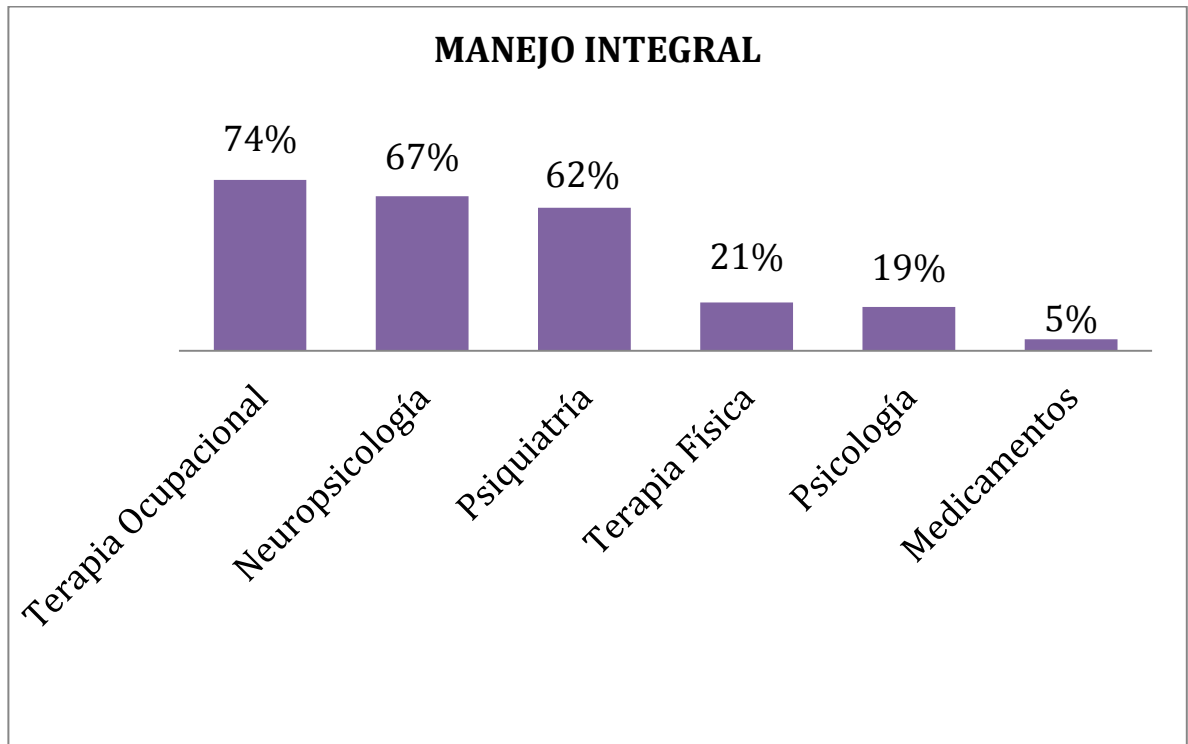


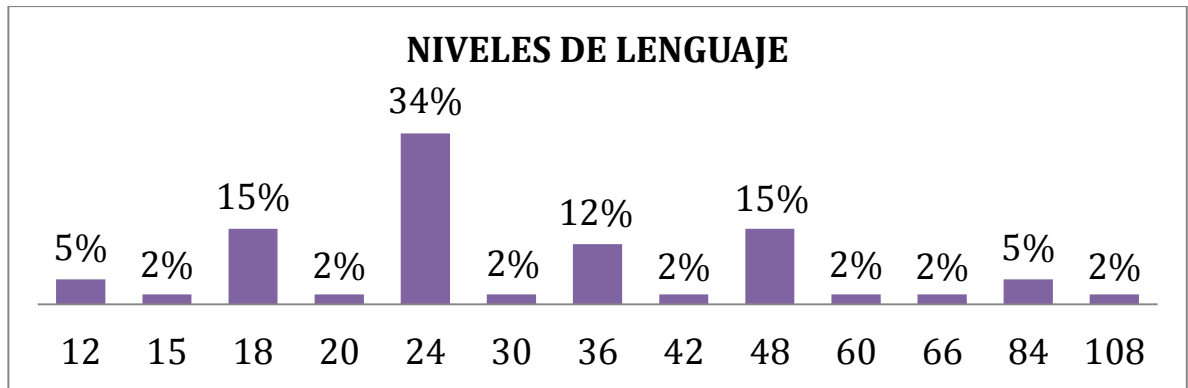
Figura 80. Manejo integral de los pacientes.



-Datos del Lenguaje

Se encontró diferentes niveles de lenguaje. El 34% de los pacientes cuando llega a consulta externa de fonoaudiología llega con un nivel de lenguaje de 24 meses como lo muestra la siguiente figura.

Figura 81. Niveles de lenguaje en meses en el que se encuentran los pacientes.



11. Discusión

La presente investigación fue posible gracias a la colaboración de todos de los pacientes que asistieron a consulta externa de Fonoaudiología del Hospital Militar Central, de los cuales 23 pacientes fueron retirados del estudio por los criterios de exclusión, de estos, más de la mitad (54%) por antecedentes de otitis media aguda a repetición (54%). Otros diagnósticos causa de retiro fueron: Retardo mental (16%), Trastorno generalizado del desarrollo (12%), Epilepsia (siete por ciento) y Parálisis cerebral (siete por ciento).

El principal interés de este trabajo fue describir los niños con trastornos del lenguaje de una manera integral a través de la entrevista del acudiente, del niño y revisión de historia clínica para además determinar que comorbilidades existían en ellos.

En la recolección de datos se tuvieron debilidades tales como dificultades en la memoria del acudiente, específicamente en datos de desarrollo psicomotor y del lenguaje (sesgos de memoria). A pesar de esto, se obtuvo la historia clínica de diferentes servicios (Neuropediatría, Pediatría, Fonoaudiología, Psiquiatría, Psicología) logrando una información casi completa.

Es difícil extrapolar a la población Colombiana la información obtenida ya que los pacientes que asisten al Hospital Militar Central hacen parte de una población con un régimen especial en salud por lo cual es una población cautiva, la mayoría de estrato socioeconómico tres y correspondientes a Ejército (posiblemente porque las otras

fuerzas son atendidas en dispensarios propios), a pesar de estas limitaciones es de resaltar que hasta donde la autora revisó no encontró trabajos similares en Colombia.

En cuanto al género, el 86% son hombres acorde a lo descrito por la literatura. En la edad actual se aprecian dos picos a los cuatro y siete años. El primero relacionado con la edad en la cual consultan observando una evaluación temprana por parte de un especialista en el lenguaje. El segundo, posiblemente se relacione con inicio de escolaridad básica primaria.

Es importante identificar la situación real de los niños con trastornos del lenguaje y realizar un manejo multidisciplinario para diagnosticar y tratar alteraciones biológicas y del neurodesarrollo que pueden influir en el desarrollo del lenguaje ⁽²⁶⁾. Esta intervención temprana es debida al programa de Habilitación y Rehabilitación Infantil del Hospital Militar Central que permite que los pacientes sean valorados por diferentes especialistas (Psiquiatría Infantil, Neuropediatría, Terapia Ocupacional y Fonoaudiología) independiente del orden en que lleguen y enviados al servicio que a juicio de quien los remite requieran (en este caso fonoaudiología). Así se da inicio de forma temprana y multidisciplinaria el apoyo al paciente y su familia. Esto se pudo constatar, ya que alrededor del 60% de los pacientes se encuentran en controles por diferentes subespecialistas siendo estos quienes detectan las alteraciones en el desarrollo del lenguaje y no los médicos de atención primaria en el control de crecimiento y desarrollo a la cual tienen acceso.

Los antecedentes familiares de trastornos de lenguaje y aprendizaje se encontraron en un bajo porcentaje (seis por ciento) acorde a lo reportado en la literatura, lo que confirma que el factor genético o familiar no es el principal ni el único implicado en la génesis de esta patología.

En cuanto al entorno escolar, los pacientes de educación básica primaria se encuentran en colegios mixtos, diferentes a los liceos de las fuerzas militares a donde tienen derecho de ingresar, este hecho podría indicar que los padres no los presentan a estas instituciones por algún tipo de temor asociado con la patología o que el colegio no los recibe porque la detecta. Este tema abre una nueva puerta de investigación de interés para el bienestar de las Fuerzas Militares Colombianas.

Con respecto a la alimentación, se encontraron varios artículos en los cuales no se especifica una relación clara entre los problemas del lenguaje y la utilización del chupo, pero no se recomienda el uso del chupo mayor a los 12 meses para favorecer la lactancia materna ⁽²⁸⁾.

Cuando se realizó la valoración de sueño, se encontró la presencia de sueño inquieto y somniloquia lo que se puede asociar con los antecedentes personales de patología respiratoria y alérgica y la presencia de colecho posiblemente relacionado a la dinámica familiar ya que en general el padre se encuentra ausente por varias temporadas debido a sus obligaciones militares. Específicamente en esta población 93% estaba ausente en el momento de la investigación.

En la literatura se encuentra la asociación entre problemas del lenguaje y comportamentales, lo que se constató en este estudio, encontrando un porcentaje elevado de agresividad (74%), la autora postula que estos pacientes utilicen esta como la forma de comunicación no verbal más frecuente (27, 29).

En un meta-análisis Peterson, encontró asociación entre déficit del lenguaje y Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) con dificultades en la estimulación auditiva (29). Síntomas descritos en TDAH se encontraron en nuestro estudio: un porcentaje elevado (81%) posiblemente asociado a dificultades en pautas de crianza: pataletas. Esto también puede ser explicado porque estos pacientes no tienen la edad requerida para realizar el diagnóstico de TDAH por criterios de DSM IV o CIE 10 ya que en este grupo solamente un 10% tiene diagnóstico confirmado de TDAH y trastorno de conducta.

En resumen, este trabajo permite conocer los elementos más asociados a un grupo de niños específicos y abre puertas a investigaciones que permita por un lado conocer factores educativos, sociales, familiares asociados a esta patología que puedan ser intervenidos.

En el anterior trabajo realizado por la misma autora (30) se encontró que el acceso de los pacientes a la consulta de trastorno del lenguaje (en la década pasada) era hacia los cinco años de edad, actualmente y según los hallazgos de estos trabajos llegan en promedio a los dos años de edad lo que mejora en forma importante el pronóstico tal y como lo han demostrado Berko (15).

12. Conclusiones

Debilidades

1. La cantidad de pacientes evaluados fue escasa pero suficiente a pesar de ser un estudio censal.
2. Hace falta realizar estudios prospectivos durante varios años donde se puede evidenciar de una manera longitudinal las comorbilidades del trastorno del lenguaje.

Fortalezas

1. La información se obtuvo de varias fuentes como la historia clínica de los diferentes servicios y la entrevista al acudiente para disminuir el sesgo de memoria.
2. Es el primer estudio a nivel Colombiano y uno de los primeros en América Latina.

Hallazgos

1. El trastorno del lenguaje es diagnosticado de forma temprana iniciando manejo por el especialista.
2. Las alteraciones en el lenguaje son identificadas por la madre pero son médicos especialistas los que remiten al servicio de fonoaudiología.
3. Llamativamente los pacientes de educación básica primaria son colocados en colegios diferentes a los Liceos de Fuerzas Militares ya que estos no cuentan con kinder.

Recomendaciones

1. Fomentar programas de prevención y promoción en la primera infancia para evitar repercusiones sociales, académicas y emocionales.
2. Se sugiere realizar una evaluación prospectiva a los pacientes que estuvieron en tratamiento por fonoaudiología y que lo culminaron.
3. Se recomienda creación de un grupo de trabajo en Trastornos de lenguaje y aprendizaje liderado por el Hospital Militar Central y conformado por personal que trabaje en el tema en las diferentes fuerzas para estudiar el tema, abrir líneas de investigación en beneficios de estos pacientes, sus familias y los componentes del Ministerio de Defensa.

13. Referencias Bibliográficas

1. Castro R, Giraldo M Hincapié L, Lopera F, Pineda DA. Trastorno específico del desarrollo del lenguaje: una aproximación teórica a su diagnóstico, etiología y manifestaciones clínicas. *Rev Neurol*. 2001;39:12.1173-1181.
2. Gassió R. Trastornos del lenguaje. *An Pediatric Contin*. 2006;4:2.140-144.
3. Hincapie HL, Giraldo PM, Lopera RF, Pineda SD, Castro RR, Lopera VJ, et al. Trastorno Específico del Desarrollo del Lenguaje en una población infantil colombiana. *Univ. Psychol*. 2008;7:2.557- 569.
4. Bastidas SP. Caracterización de niños y niñas con trastorno mixto del lenguaje del Hospital Militar Central. 2009.
5. McLaughlin M. Speech and language delay in children. *American Family Physician*. 2011;83:10.1183-1188.
6. Srark J. Thirty years before topics in language disorders a personal history. *Top Lang Disorders*. 2010;30:1.15-21.
7. Jackson D. La identificación del trastorno específico de lenguaje por medio de pruebas formales e informales. *Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias*. 2011;11:1.33-50.
8. Acosta V, Moreno A, Axpe A. Implicaciones clínicas del diagnóstico diferencial temprano entre retraso de trastorno y trastorno específico del lenguaje. *Univ Psychol*. 2012;11:1.279-291.
9. Kilinsky T, Cunha MC. Oral language disorders and enuresis in children. *Pro-Fono Revista de actualización científica*. 2010;22:4.459-464.

10. Unclés P, Alonso MF, Aznar E, Lapresta C. The importance of right otitis media in childhood language disorders. *International Journal of Otolaryngology*. 2012.
11. Arboleda A, Lopera JP, Hincapié L, Giraldo M, Pineda DA, Lopera F, Lopera E. Trastorno específico del desarrollo del lenguaje: problema selectivo o generalizado de la cognición. *Rev Neurol*. 2007;44:10.596-600.
12. Barre N, Morgan A, Doyle L, Anderson PJ. Language abilities in children who were very preterm and/or very low birth weight: a meta-analysis. *The journal of pediatrics*. 2011;158:5.766-774.
13. Contreras M, Soriano M. La Morfología flexiva en el trastorno específico del lenguaje y en la privación sociocultural. *Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología*. 2007;27:3.110-117.
14. Newbury D, Monaco A. Molecular genetics of speech and language disorders. *Current opinion in pediatrics*. 2002;14.696-701.
15. Berko J, Bernstein N. *Desarrollo del lenguaje*. Pearson. España 2010.
16. Grizzle K, Simms M. Language and learning: a discussion typical and disordered development. *Curr Pobl Pediatr Adolesc Health Care*. 2009; 168-188.
17. Westerlund M, Sundelin C. Screening for developmental language disability in 3-year-old children. Experiences from a field study in a Swedish municipality. *Child: Care, Health and Development*. 2000;26:2.91-110.
18. Moreno JM. Estudio sobre las consecuencias del maltrato infantil en el desarrollo del lenguaje. *Anales de psicología*. 2005;21:2.224-230.
19. Sattler J. *Evaluación infantil: aplicaciones cognitivas*. Manual moderno. 2004. Vol 1. 4ª edición.

20. Flórez R, Restrepo M, Schwanenflugel P. Promoción del alfabetismo inicial y prevención de las dificultades en la lectura: una experiencia en el aula preescolar. *Avances en Psicología Latinoamericana/Bogotá* (Colombia). 2009;27:1.79-96.
21. Beitchman J. *Desarrollo del lenguaje y su impacto en el desarrollo psicosocial y emocional de los niños*. Montreal. 2010:1-7.
22. Aguilera S, Botella M. Trastorno específico del desarrollo del lenguaje. *Bol. S Vasco-Nav Pediatr* 2008;40:24-10.
23. American Speech Language. Hearing Association Mendoza. 2001: 26-27.
24. Cervera J, Ygual A. Intervención logopédica en los trastornos fonológicos desde el paradigma psicolingüístico del procesamiento del habla. *Rev Neurol* 2003;36 (Supl 1).39-53.
25. Puyuelo M. Revisión sobre los procedimientos de evaluación del lenguaje, historia y actualidad de los métodos de evaluación. *Rev Logop Fon Audiol* Vol XV:2.76-93.
26. Martín, M. Valero, M. Cruz, I. Deployment and validation of a smart system for screening of language disorders in primary care. *Sensors* 2013, 13, 7522-7545.
27. Nelson, H. Nygren P. Walter, M. Panoscha, R. Screening for Speech and Language Delay in Preschool Children: Systematic Evidence Review for the US Preventive Services Task Force. *Pediatrics* 2006; 177-298.
28. M.J. Lozano de la Torre, C.R. Pallás Alonso, M.T. Hernández Aguilar, J. Aguayo Maldonado, J. Arena Ansótegui, S. Ares Segura, A. Gómez Papí, M. Díaz Gómez, A. Jiménez Moya, L. Landa Rivera, J.J. Lasarte Velillas, J. Martín-Calama Valero, M. Martín Morales, J.M. Paricio Talayero y M.D. Romero Escós. Uso del chupete y lactancia materna. *An Pediatr (Barc)*. 2011;74(4):271.e1—271.e5.

29. Petersen. I, Bates. J, D’Onofrio. B, Coyne. C, Lansford. J, Dodge. K, Pettit.G, Van Hulle.C, Language Ability Predicts the Development of Behavior Problems in Children. *J Abnorm Psychol.* 2013 May;122(2): 542–557.
30. Chaskel, R. Colina, S. Guzmán, A. Monsalve, N. Frecuencia de comorbilidad entre trastornos del lenguaje y trastornos del aprendizaje en pacientes atendidos en los servicios de consulta externa de Psiquiatría Infantil y Fonoaudiología del Hospital Militar Central. Bogotá. 2011 Pendiente publicación.