Trastorno de habla en niños con paladar hendido: ampliando la visión tradicional

Ma. Carmen Pamplona, Antonio Ysunza
Hablarte e Integrarte, AC

Introducción

Sabemos que el resultado lingüístico en pacientes con fisura palatina depende de dos factores, articulación y resonancia nasal. Ciertos trastornos de articulación se consideran conductas compensatorias secundarias a la insuficiencia velofaríngea (IVF). Estas implican un mal funcionamiento de todo el tracto vocal, no sólo del esfínter velo-faríngeo. A estos patrones anómalos de articulación se les conoce como articulación compensatoria (AC).

Este trastorno en la articulación afecta de manera severa la inteligibilidad del habla y requiere un período de tiempo prolongado de terapia de lenguaje. Tradicionalmente, la AC ha sido considerada como un trastorno fonético de manera que el trabajo de articulación ha sido el tema principal en la intervención. Un trastorno fonético se define como aquel que es debido a fallas estructurales o anatómicas, de ahí que la AC encaja perfecto en el trastoirno fonético. Aunado a esto, este trastorno es fácilmente observable , así que el diagnóstico, tratamiento e investigación, se han centrado en este aspecto en estos pacientes. Sin embargo, algunos autores la consideran como un trastorno fonológico. Esto implica que los errores en la articulación del habla son vistos no sólo como un trastorno periférico sino como alteraciones en el procesamiento cognitivo-central. Esto orilla a la necesidad de realizar un análisis fonológico adicional para conocer las reglas del sistema fonológico que predominan en el sistema de cada niño(a) y la consideración de ciertos principios teórico-filosóficos durante la evaluación e intervención lingüística.

Hoffman en 1992, describió que los errores en la producción y percepción lingüística están relacionados no sólo al conocimiento fonológico, sino a niveles superiores de procesamiento en la organización lingüística. Por otro lado, también menciona algunas investigaciones que sugieren que los niños que presentan dificultad para aprender la fonología de su lengua, muestran dificultades similares para aprender las regularidades sintácticas, semánticas y morfológicas del lenguaje. Con esto podemos comenzar a ver que los trastornos fonológicos no se restringen a ésta área del lenguaje, sino que las áreas del lenguaje están íntimamente relacionadas.

Diversos autores apoyan este punto y afirman que los pacientes con fisura palatina se encuentran en riesgo de presentar trastornos lingüísticos. Por otro lado, algunas investigaciones sugieren que existe una interacción entre el conocimiento lingüístico, sintáctico, morfológico y el fonológico.

El propósito del presente trabajo fue explorar la posible relación entre la AC y la organización lingüística. Esto es, la manera en que cada persona recibe e interpreta la información lingüística que recibe del medio y la manera en que la organiza para poder expresarla en su discurso.

Para este fin, se evaluaron pacientes con paladar hendido. Se consituyó un grupo -grupo activo- donde se incluyeron pacientes con fisura unilateral de paladar primario y secundario grado I o II; edad cronológica entre 3 y 8 años de edad y audición normal. Los pacientes tenían que presentar insuficiencia velofaríngea y trastorno de articulación compensatoria. Los pacientes con trastornos neurológicos y/o auditivos fueron excluidos. Este estudio fue la réplica de un estudio realizado anteriormente. En este proyecto, 27 cumplieron los criterios de inclusión y formaron el grupo activo. Posteriormente se constituyó un segundo grupo con pacientes con paladar hendido e insuficiencia velofaríngea sin trastorno de articulación compensatoria que fueron pareados en edad y sexo con los pacientes del grupo activo y se incluyeron en este segundo grupo (control).
Con el propósito de evaluar el desarrollo lingüístico, todos los pacientes fueron videograbados interactuando durante juego libre con una terapeuta de lenguaje entrenada en los procedimientos. Se realizó una transcripción de la videograbación la cual se analizó usando el Modelo situacional - discurso - semántico (MSDS). Este modelo es una herramienta para pensar sobre el lenguaje y su uso en un esfuerzo por organizar el conocimiento existente sobre el lenguaje en un contexto significativo. Es útil tanto para realizar una evaluación descriptiva, como para establecer metas a corto y largo plazo en la intervención. El modelo puede ser usado considerando cada evaluación o intervención desde tres perspectivas que interactúan simultáneamente. Primero deben examinarse las características del evento o actividad, que en el modelo se refieren como el c*ontexto situacional.*
En segundo lugar, deben observarse las características del discurso usadas para hablar del evento o actividad, c*ontexto del discurso.*
Finalmente, deben determinarse las características del lenguaje usado para referirse a conceptos o ideas. En el modelo se refiere como el *contexto semántico*.
A cada niño se le asignó un nivel en el cual al menos 70% de las emisiones pudieran ser clasificadas con precisión.
Mediante un procedimiento ciego, cada paciente fue valorado por dos terapeutas de lenguaje.
Por último, se comparó el nivel de desarrollo lingüístico de los dos grupos de pacientes.

Resultados
El grupo activo fue integrado por 27 pacientes con IVF y AC. La edad cronológica fluctuó entre 3 y 8 años. El grupo control fue constituido con pacientes con IVF sin AC, pareados por edad y sexo con los pacientes del grupo activo.
Los resultados del MSDS mostraron un 95% de concordancia en la evaluación. En el reducido número de casos en los que existió desacuerdo, las observaciones se discutieron hasta llegar a un consenso.
Se comparó el nivel de desarrollo lingüístico de ambos grupos. Una prueba exacta de Fischer demostró en los tres contextos considerados en el modelo de organización cognitiva y lingüística utilizado para este estudio, MSDS, que los pacientes con AC presentaron una frecuencia significativamente mayor de

trastornos lingüísticos en comparación con los pacientes sin AC. De hecho, al igual que en el estudi anterior, ninguno de los pacientes con AC mostró un nivel de desarrollo lingüístico adecuado. En el contexto situacional, 67% de los pacientes del grupo activo, es decir, con AC, mostró 1 o 2 niveles de retraso y 33% tuvo 3 o 4 niveles de retraso. En contraste, 82% de los pacientes incluidos en el grupo control (sin AC), mostró un desarrollo adecuado. Sólo 18% de los pacientes tuvo 1 nivel de retraso.

En el contexto del discurso, 15% del grupo activo mostró 1 nivel de retraso; 58% tuvo 2 niveles de retraso; 13% mostró 3 niveles y 14%, 4 niveles de retraso. En el grupo control, 30% de los pacientes mostró 1 nivel de retraso .

En el contexto semántico, 7% de los pacientes del grupo activo mostró 1 nivel de retraso; 24% tuvo 2 niveles de retraso, 54%, 3 niveles y 15% tuvo 4 niveles de retraso. En cuanto al grupo control, 26% de los pacientes tuvo 1 nivel de retraso; 5%, 2 niveles de retraso y el resto, tuvo un desempeño adecuado .

Discusión

La hipótesis de este estudio era encontrar una relación entre el trastrono de AC y el desarrollo lingüístico. Los resultados corroboraron esta idea. En este estudio se pudo observar una relación entre la presencia de AC y el nivel de desarrollo lingüístico en pacientes con hendidura palatina. Los pacientes que tenían IVF y AC presentaron una frecuencia significativamente mayor de retraso en el desarrollo lingüístico en comparación con los pacientes que presentaban IVF sin AC.

Diversos autores han descrito los trastornos fonéticos en pacientes con fisura de paladar debido a las desviaciones originadas por la hendidura. Sin embargo, apenas recientemente se empieza a reconocer que los niños con fisura palatina se encuentran en riesgo de presentar trastorno de lenguaje y sólo unos pocos estudios sugieren que las alteraciones en el habla de niños con hendidura palatina son de naturaleza fonológica.

Los trastornos del habla que presentan algunos pacientes con fisura de paladar, como es el caso de la AC, pueden inicialmente ocurrir como consecuencia de la hendidura, produciendo un trastorno fonético. Kathy Chapman, describe que, con el tiempo, estos errores son incorporados en el sistema de reglas en desarrollo produciendo un trastorno fonológico.

Cuando la intervención se basa en los principios del abordaje fonológico se deben tomar en cuenta algunos factores durante la evaluación y el tratamiento. Estos factores incluyen la realización de un análisis de procesos fonológicos y la utilización de estrategias específicas encaminadas a modificar el sistema fonológico-lingüístico de cada niño.

Pamplona e Ysunza en 1999, compararon dos modalidades de terapia de lenguaje para el tratamiento de la AC, el abordaje fonológico y el abordaje articulatorio. En este estudio, el tiempo total de terapia necesario para corregir la AC en niños con fisura palatina fue significativamente menor cuando se utilizó el abordaje fonológico. La reducción del tiempo total de terapia de lenguaje en el tratamiento de AC al seguir los principios del abordaje fonológico sugiere que el estudio del sistema fonológico en estos pacientes es una práctica relevante. Es importante enfatizar que para comprender el sistema lingüístico de cada niño es necesario

considerar la producción de los sonidos del habla como un componente integral que está directamente relacionado con niveles más altos de organización lingüística como el conocimiento pragmático, sintáctico y semántico.
Algunos autores describen que los errores en la percepción y la producción de los sonidos del habla están relacionados no sólo con el conocimiento fonológico sino con niveles de organización más altos de procesamiento de lenguaje.
Los resultados de este estudio, al igual que los reportados por Pamplona e Ysunza en 2000, parecen apoyar este principio. Todos los pacientes con AC mostraron una organización lingüística por debajo del nivel esperado de acuerdo a su edad cronológica en los 3 contextos considerados por el modelo que se utilizó para evaluar organización lingüística en este estudio (MSDS). Cabe mencionar que en el contexto semántico se observó un mayor número de niveles de retraso. Esto podría deberse a que el contexto semántico explora el significado expresado en oraciones individuales y en secuencias de oraciones. En otras palabras, el contexto semántico considera la relación entre el material y el lenguaje variando desde una relación cercana donde el lenguaje nombra el material u objeto hasta una relación más distanciada donde las percepciones deben ser evaluadas, juzgadas y manipuladas mentalmente para determinar lo que podría o debería suceder a dichos materiales. En la medida que la distancia entre el material y el lenguaje se amplía, el foco debe cambiar del reconocimiento de propiedades al reconocimiento de las propiedades o información que pueden ser abstraídas del material. Los niños con trastornos en la organización lingüística tienen dificultad para derivar significado en los niveles semánticos más abstractos.
El programa de intervención en los pacientes con AC no debe dirigir su atención únicamente a la corrección de la articulación, sino tratar de manera integral aspectos específicos del desarrollo lingüístico.

Referencias

Andrews, N., Fey, M. Analysis of the speech of phonologically impaired children in two sampling conditions. Language, Speech, and Hearing Services in Schools, 17, 187-198, 1986

Bzoch, K. R. Articulation proficiency and error patterns of preschool cleft palate and normal children. Cleft Palate J. 2, 340-349, 1965

Chapman, K. Phonologic processes in children with cleft palate. Cleft Palate Craniofacial J. 30, 64-71, 1993

Damico, J. Systematic observation of communicative interaction: A valid and practical descriptive assessment technique. In W.A. Secord & J.S. Damico (Eds.), Best practices in school speech-language pathology. San Antonio, TX: Psychological Corp, Pp 133-144, 1992

Hodson, B., Paden, E. Targeting Intelligible Speech. San Diego, CA, College Hill Press, 1993

Hoffman. P. Clinical Forum: Phonological Assessment and Treatment. Synergistic Development of Phonetic Skill. Language, Speech and Hearing Services in Schools 23, 254-260, 1992

Kernahan, D.A., Stark, R.B. A new classification for cleft lip and palate. Plast. Reconst. Surg. 22, 435-443, 1958

Mendoza, M., Azzolini, C., Molina, F., Ysunza, A. Minimal incision palatopharyngoplasty. Scand. J Plastic Reconstr Hans Surg. 28 (1994) 199-205.

McWilliams, B., Morris, H., Shelton, R. Cleft palate speech (2nd ed.) Philadelphia, BC Decker pp. 5-19, 1990

McWilliams, B., Musgrave, R. Diagnosis of speech problems in patients with cleft palate. J Com Dis. Spring 26, 241-274, 1979

Norris, J. Hoffman, P. Whole language intervention for school-age children. San Diego, CA, Singular Publishing Group, pp. 29-105, 1993

Pamplona, M.C., Ysunza, A. A Comparative trial of two modalities of speech intervention for compensatory articulation in cleft palate children, phonologic approach versus articulatory approach. Int. J of pediatric otorhinolaryngology, 49, 21-26, 1999

Pamplona, M. Ysunza, A, González, M. et al Linguistic development in cleft palate patients with and without compensatory articulation disorder. International Journal of Pediatric Otorhynolaryngology. 54:81-91. 2000

Powers, G. et al. Speech analysis of four children with repaired cleft palate. Journal of Speech and Hearing Disorders 55, 542-550, 1990

Shprintzen, R.J. Fallibility of clinical research. Cleft Palate-Craniofacial J. 28, 136-140, 1991

Van Demark, D. et al. Patterns of articulation abilities in speakers with cleft palate. Cleft Palate J. 16, 230-239, 1979