

Revista de
LOGOPEDIA, FONIATRÍA y AUDIOLOGÍA

www.elsevier.es/logopedia

Revista de LOGOPEDIA, FONIATRÍA y AUDIOLOGÍA	
Contenido	
Prevalencia de las patologías del habla, del lenguaje y de la comunicación. Un estudio a lo largo del ciclo vital	163
Trastornos del lenguaje oral y escrito —trastornos del lenguaje, habla, audición y voz— mediante el análisis de 911 historias clínicas	165
La demanda asistencial se produce fundamentalmente hasta los 15 años, confirmándose la variación de diagnósticos en función de la edad, así como un claro predominio del sexo masculino frente al femenino en todas las patologías, a excepción de los trastornos de la voz. Así mismo, se observa que el motivo de consulta está relacionado tanto con exigencias escolares como de carácter social y/o laboral	167
Se destaca la importancia de realizar este tipo de investigaciones epidemiológicas, dado que permiten conocer las necesidades específicas, tanto de la población infantil como adulta, con el fin de facilitar un mejor ajuste académico y psicosocial	169
Además, es de esperar que pueda orientar la toma de decisiones de las diferentes Administraciones dirigida a hacer más acorde la respuesta asistencial a la demanda real	171
© 2013 Elsevier España, S.L.U. y Asociación Española de Logopedia, Foniatría y Audiología. Todos los derechos reservados	173

ORIGINAL

Prevalencia de las patologías del habla, del lenguaje y de la comunicación. Un estudio a lo largo del ciclo vital



Montfragüe García-Mateos*, M. Ángeles Mayor Cinca, Javier de Santiago Herrero y Begoña Zubiauz de Pedro

Unidad Asistencial del Grado de Logopedia, Universidad Pontificia de Salamanca, Salamanca, España

Recibido el 27 de septiembre de 2013; aceptado el 25 de marzo de 2014

Disponible en Internet el 12 de agosto de 2014

PALABRAS CLAVE

Epidemiología;
Dislexia;
Prevalencia;
Retrasos primarios
y secundarios
del lenguaje;
Trastornos del habla
y del lenguaje;
Trastornos de voz

Resumen Se presenta un estudio epidemiológico de las patologías en el ámbito de la comunicación oral y escrita —trastornos del lenguaje, habla, audición y voz— mediante el análisis de 911 historias clínicas.

Los resultados obtenidos muestran que las categorías diagnósticas que se dan con mayor prevalencia son: retrasos en la adquisición del lenguaje oral, dificultades de aprendizaje del lenguaje escrito, dificultades articulatorias y alteraciones de la voz.

La demanda asistencial se produce fundamentalmente hasta los 15 años, confirmándose la variación de diagnósticos en función de la edad, así como un claro predominio del sexo masculino frente al femenino en todas las patologías, a excepción de los trastornos de la voz. Así mismo, se observa que el motivo de consulta está relacionado tanto con exigencias escolares como de carácter social y/o laboral.

Se destaca la importancia de realizar este tipo de investigaciones epidemiológicas, dado que permiten conocer las necesidades específicas, tanto de la población infantil como adulta, con el fin de facilitar un mejor ajuste académico y psicosocial.

Además, es de esperar que pueda orientar la toma de decisiones de las diferentes Administraciones dirigida a hacer más acorde la respuesta asistencial a la demanda real.

© 2013 Elsevier España, S.L.U. y Asociación Española de Logopedia, Foniatría y Audiología. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Epidemiology;
Dyslexia;
Prevalence;
Primary and
secondary oral
language delays;

Prevalence of speech, language and communication disorders. A study throughout the life cycle

Abstract We carried out an epidemiological study of language, speech, hearing and voice disorders by means of an analysis of 911 clinical histories. Both written and oral language were included.

The most frequent diagnostic categories were as follows: Delays in Oral Language Acquisition, Difficulties in Learning Written Language, Delays in Speech and Voice Disorders (Dysphonia).

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mmgarciamateos@upsa.es (M. García-Mateos).

Speech-language disorders; Voice disorders

Healthcare demand is produced mainly up to the age of 15 years. Diagnoses varies according to age. All disorders except voice disorders affect males more than females. Consultations are motivated as much by school requirements as by social and/or workplace requirements.

The evidence highlights the importance of conducting epidemiological research on prevalence, which would allow specific needs to be determined during both childhood and adulthood. In turn, this would facilitate better academic and psychosocial adjustment.

In addition, such knowledge could guide government decisions aimed at bringing healthcare response into line with current demand.

© 2013 Elsevier España, S.L.U. and Asociación Española de Logopedia, Foniatría y Audiología. All rights reserved.

Introducción

En este trabajo, presentamos un estudio epidemiológico de prevalencia en la diversidad de patologías del lenguaje, habla, voz y comunicación realizado en la unidad asistencial del Grado de Logopedia perteneciente a la Universidad Pontificia de Salamanca.

Como ya sabemos, los estudios de prevalencia constituyen la forma más adecuada para presentar una imagen bien definida de la casuística de la patología psicológica (Silva y Aragón, 2011).

No obstante, el análisis de la prevalencia de esta diversidad de patologías se ve entorpecido considerablemente por la dificultad para obtener muestras de estudio suficientemente amplias, así como por la naturaleza de estas alteraciones y su compleja semiología, que pueden dificultar el establecimiento de diagnósticos precisos. Estas circunstancias, entre otras, dan lugar a una notable escasez de datos y, con ello, al entorpecimiento en la elaboración de un perfil epidemiológico preciso a lo largo del ciclo vital.

En nuestro país, contamos con importantes aunque escasos trabajos que aborden el tema. Hemos comprobado que, en español, únicamente contamos con la línea abierta por Bonet (1986), Garrido, Gorospe, Málaga, Martín, Bueno y Fontanillo (1995) y Gorospe, Garrido, Málaga, Santos, Bueno y Pinto (1995), donde se incluyen los desórdenes lingüísticos tanto de manifestación primaria como de naturaleza secundaria (generados por pérdida de audición, discapacidad intelectual y/o motriz). Más recientemente, el objetivo de los estudios de prevalencia se centran fundamentalmente en las dificultades de aprendizaje (González, Jiménez, García, Díaz, Rodríguez y Crespo et al., 2010; Jiménez, Guzmán, Rodríguez y Artiles, 2009). No obstante, tal y como sugiere Mendoza (2009), este es un campo donde existe un destacado interés científico debido a las repercusiones negativas que conlleva en el desarrollo social, emocional y escolar de la persona que sufre este tipo de dificultades y que han sido valoradas en investigaciones previas (Beitchman, 2005; Bryan, 2004; De Santiago Herrero, 2005; Mayor y Zubiauz, 2011; Mendoza, 2009; Peralta, 2001; Ruben, 2000; Tomblin, Zhang, Buckwalter y Catts, 2000).

Con respecto al ámbito internacional, observamos que los estudios epidemiológicos se han restringido fundamentalmente a los *trastornos primarios de la adquisición del habla y/o lenguaje*, sin abarcar el análisis epidemiológico de los diferentes trastornos lingüísticos derivados de otras discapacidades graves, como la intelectual, motriz o auditiva, ni ampliar la edad de estudio más allá de la infancia y

la adolescencia (Enderby y Pickstone, 2005; Johnson, 2007; Law, Boyle, Harris, Harkness y Nye, 2000).

Otro aspecto a tener en cuenta es que la mayoría de los trabajos se han realizado fundamentalmente desde el ámbito hospitalario, por lo que apenas tenemos referencia de la variabilidad de patologías atendidas en otros ámbitos, como el escolar, el institucional o el particular (Johnson, 2007; Petheram y Enderby, 2001).

Las *dificultades en el aprendizaje del lenguaje escrito* no se han estudiado como categoría diagnóstica independiente dentro del perfil general de patologías. Tampoco se han comparado los porcentajes de prevalencia entre los retrasos del lenguaje de naturaleza primaria y secundaria dentro de los estudios epidemiológicos. Es una idea reflejada en el trabajo de la autora De Andrade (1997).

Partiendo de estas evidencias, pretendemos responder a cuestiones esenciales, como cuáles son las patologías del habla, del lenguaje oral —de carácter primario y secundario—, lenguaje escrito, voz y/o comunicación, que suscitan mayor grado de demanda asistencial a lo largo de todo el ciclo vital y su distribución en relación con la edad en que se solicita ayuda terapéutica con la finalidad de obtener un perfil general entre los diferentes trastornos lingüísticos y edad.

Consideramos que la respuesta a estos interrogantes condicionará, notablemente, la mejora de la calidad asistencial de los servicios clínicos específicos, así como la formación de profesionales cualificados. A su vez, esta atención especializada, demandada por padres y educadores a través de los servicios sanitarios y educativos, genera, a nuestro juicio, un modelo de intervención de carácter preventivo más que rehabilitador, que encuentra en los estudios epidemiológicos el requisito previo y esencial para establecer el adecuado tratamiento logopédico (Antoniadis y Lubker, 1997; Enderby y Pickstone, 2005).

Material y métodos

Participantes

La muestra se obtuvo del análisis pormenorizado de los historiales clínicos pertenecientes a la Unidad Asistencial de Logopedia vinculada a la Universidad Pontificia de Salamanca.

El total de sujetos, de ambos sexos, está constituido por 911 casos válidos, seleccionados a partir de una población total de 1.100 historiales clínicos. Esta muestra abarca el

perfil general de patologías del habla, lenguaje, comunicación y voz —tanto de carácter primario como secundario— y, cuya edad, se encuentra comprendida entre los 2 y los 72 años. La muestra se elaboró considerando el diagnóstico sobre el que se fundamentó la intervención, a partir del cual se procedió al volcado de los datos del historial clínico de cada sujeto.

Esta demanda asistencial se nutre de las solicitudes recibidas desde instituciones sanitarias, escolares, entidades sociales —públicas o privadas—, asociaciones, así como a partir de la iniciativa familiar o personal procediendo, la mayoría de los casos, del ámbito urbano.

Procedimiento

Para el presente trabajo, se han considerado las categorías diagnóstico, edad y sexo. La descripción de criterios diagnósticos y las pruebas de evaluación aplicadas quedan expuestas en la [tabla 1](#).

La obtención de los datos orientados al diagnóstico se realizó, en cada caso, a partir del historial donde estaban recogidos los datos clínicos más relevantes. En este también se incluían los resultados de las pruebas de evaluación diagnóstica desde donde se orientaba la intervención hacia aspectos específicos del habla, comunicación, lenguaje oral o escrito, y/o disfunciones vocales.

Los diagnósticos, que constaban en las historias clínicas de los pacientes, eran resultados de un procedimiento sistemático que incluía la aplicación de test específicos, protocolos de registro de la conducta lingüística, así como de pruebas y escalas psicométricas u observacionales dirigidas a complementar los resultados dependiendo de los datos de la entrevista en cada caso (test de inteligencia, audiometrías, etc.).

A partir de todo ello, y considerando la dificultad que conlleva encontrar criterios consensuados por los científicos internacionales para la clasificación de los diagnósticos ([Lubker, 1997](#); [Johnson, 2007](#)), hemos asumido la orientación psicolingüística tomada de [Gorospe, Garrido, Vera y Málaga \(1997\)](#). Igualmente, se ha tenido cuenta para nuestro estudio el criterio diagnóstico principal causante de la patología lingüística o, cuando existe concurrencia diagnóstica (p. ej., *disglosia* y *discapacidad mental*), aquel por el que se realizó la intervención.

La información obtenida quedaba registrada en un único historial clínico asignado a cada paciente, en el que se consignaba, además de los datos personales, el diagnóstico/patología lingüística objeto de tratamiento.

Para el procedimiento de recogida de información, y su posterior tratamiento estadístico en nuestro trabajo, elaboramos un protocolo sistematizado de registro de datos —contrastado con los utilizados en investigaciones en esta área, así como en psicología de la salud— en el que se tuvieron en cuenta 31 variables relacionadas con los datos identificativos del paciente, motivo de consulta y remitente a la misma, antecedentes personales, intervenciones previas sobre el mismo problema o similar, pruebas de evaluación aplicadas, diagnóstico y posibilidad de intervención.

Para el estudio de la significación estadística entre las diferentes categorías diagnóstico, la edad y el sexo, se ha

aplicado la prueba de la χ^2 y los residuos tipificados corregidos (RTC).

Instrumentos

Los materiales utilizados para la valoración y la observación de la conducta lingüística, así como de áreas afines complementarias (cognitivas y/o de inteligencia, psicomotriz, neurológica, etc.), se atenían a rigurosos patrones de fiabilidad y validez (test). Otros aspectos no lingüísticos relacionados, como la exploración de la voz, se llevaban a cabo mediante protocolos foniátricos y/o registros observacionales específicos para cada caso, avalado por la bibliografía científica propia de este ámbito clínico.

Resultados

Los datos del perfil general de diagnósticos revelan que los niveles de prevalencia más importantes se registran en la categoría diagnóstica conjunta referida a *retrasos en la adquisición del lenguaje oral —primarios y secundarios—* (27,5%), *dificultades de aprendizaje del lenguaje escrito —disortografía, fluidez lectora y comprensión lectora—* (19,1%), *dislalias funcionales o retrasos del habla* (14,2%) y, por último, por *alteraciones de voz* (12,5%). El resto de las categorías diagnósticas no presenta porcentajes superiores al 10% de prevalencia.

En la línea más explícita al analizar los *retrasos lingüísticos primarios* y los diferentes *retrasos lingüísticos secundarios (de etiología intelectual, auditiva o motriz)* de forma independiente, nos encontramos con un nuevo perfil que presenta datos interesantes. En este nuevo examen, encontramos que son las *dificultades de aprendizaje del lenguaje escrito* (19,1%), las que muestran un mayor índice de prevalencia, seguidas de *retrasos del habla* (14,2%), *alteraciones de voz* (12,5%) y, con porcentajes menores, *retrasos en la adquisición del lenguaje oral secundarios a discapacidad intelectual* (8,6%), *retrasos en la adquisición del lenguaje oral de naturaleza primaria* (8,1%), *tartamudez* (7,7%), *nada patológico* (7,4%), *retraso lingüístico de naturaleza auditiva* (5,5%) y de *retraso lingüístico de naturaleza motriz* (5,3%); el resto presenta niveles inferiores al 3%. Este perfil general de categorías diagnósticas queda expuesto en la [figura 1](#).

Esta comparación detallada entre los *retrasos lingüísticos de naturaleza primaria y secundaria* ([fig. 2](#)) muestra que los *retrasos lingüísticos secundarios* son básicamente causados por déficit intelectual (8,6%).

En los resultados obtenidos respecto a la edad de primera consulta, se observa que el mayor porcentaje de demanda asistencial se sitúa entre 1 y 15 años (79,6% de los casos) y que esta decrece progresivamente con la edad. En esta franja se observa que la edad de los niños se sitúa preferentemente entre los 6-10 años (39,4%), 1-5 años (22%) y 11-15 años (18,2%); el resto de las edades obtiene valores poco destacables ([fig. 3](#)).

Los resultados estadísticos mediante la prueba de la χ^2 entre diagnóstico y edad reflejan que existe asociación significativa moderada (*V de Cramer* = 0,40; *p* = 0,000), encontrando mediante el análisis de los RTC que:

Tabla 1 Categorías diagnósticas y pruebas de evaluación

Categorías diagnósticas	Descripción	Pruebas evaluación
Nada patológico	Consultas generadas por síntomas considerados no patológicos desde el lenguaje (dispedagogías, mutismo selectivo...)	Entrevista clínica Pruebas valoración cognitiva y/o del lenguaje
Retraso adquisición del habla	Retrasos específicos/primarios en la adquisición y el desarrollo del habla sin etiologías intelectual, neurológicas, sensoriales o motriz	Prueba valoración fonológica (L. Bosch) Exploración fonoarticulatoria Valoración habla espontánea
Retraso adquisición del lenguaje	Dificultades en la adquisición del lenguaje oral sin etiologías intelectual, neurológicas, sensoriales o motriz	Test de valoración desarrollo habilidades psicolingüística ITPA/BLOC/PLON Lenguaje espontáneo
Disglosias	Dificultades articulatorias con etiología somática por afectación de los órganos periféricos del habla	Prueba valoración fonológica (L. Bosch) Examen fonoarticulatorio
Trastorno neuropsicológico	Accidentes cerebrovasculares, traumatismos craneoencefálicos, enfermedades degenerativas cerebrales (afasias, demencias...)	Test de vocabulario Boston Evaluación de la afasia y trastornos asociados
Alteraciones de la voz	Anomalías en el volumen, calidad, tono o resonancia vocal que afectan a la voz	Test Barcelona de Peña-Casanova Exploración foniatría
Dificultades de aprendizaje del lenguaje escrito	Dificultades aprendizaje de la ortografía, fluidez y/o comprensión lectora	Test Lectura y escritura (TALE) Valoración habilidades de metalenguaje
Tartamudez	Alteraciones significativas en la fluidez del habla	Valoración habla espontánea
Retraso adquisición del lenguaje secundario a discapacidad motriz	Retrasos lingüísticos con etiología neurológica en sus diferentes grados y tipologías detectados durante la primera infancia (PCI)	Escalas McCarthy de aptitudes y psicomotricidad para niños
Retraso adquisición del lenguaje secundario a discapacidad intelectual	Retrasos lingüísticos de etiología intelectual en sus diferentes grados	Escala inteligencia Wechsler Test matrices progresivas (RAVEN) Escala valoración madurez mental Columbia
Retraso adquisición lenguaje secundario a discapacidad auditiva	Retrasos lingüísticos de etiología audiológica en sus diferentes grados y tipologías	Prueba valoración auditiva de Gotzens y Marro Exploración foniatría y audiométrica
Dificultades lingüísticas asociadas a TDAH	Dificultades lingüísticas asociadas a desatención, hiperactividad y control de impulsos	Entrevista clínica
Discalculias	Dificultades para el cálculo/razonamiento matemático asociados a dificultades lingüísticas	Subprueba aritmética (WISC-R) Valoración de la comprensión de problemas matemáticos (Orrantia, Morán, Gracia y González, 1995)
Trastornos generalizados del desarrollo	Perturbaciones graves en el desarrollo infantil (principalmente de la comunicación) con o sin presencia de discapacidad intelectual	Escalas Leiter/Battelle/Columbia para la valoración del desarrollo Escala Reynell valoración del lenguaje
Tartamudez evolutiva/infantil	Dificultades en la fluidez del habla entre los 3 y 6 años	Valoración habla espontánea
Otros	Trastornos personalidad, problemas de conducta, esquizofrenia, psicosis, amnesia...	Entrevista clínica Pruebas valoración cognitiva y/o del lenguaje

Todas las categorías diagnósticas han sido evaluadas con pruebas suplementarias para especificar su etiología.

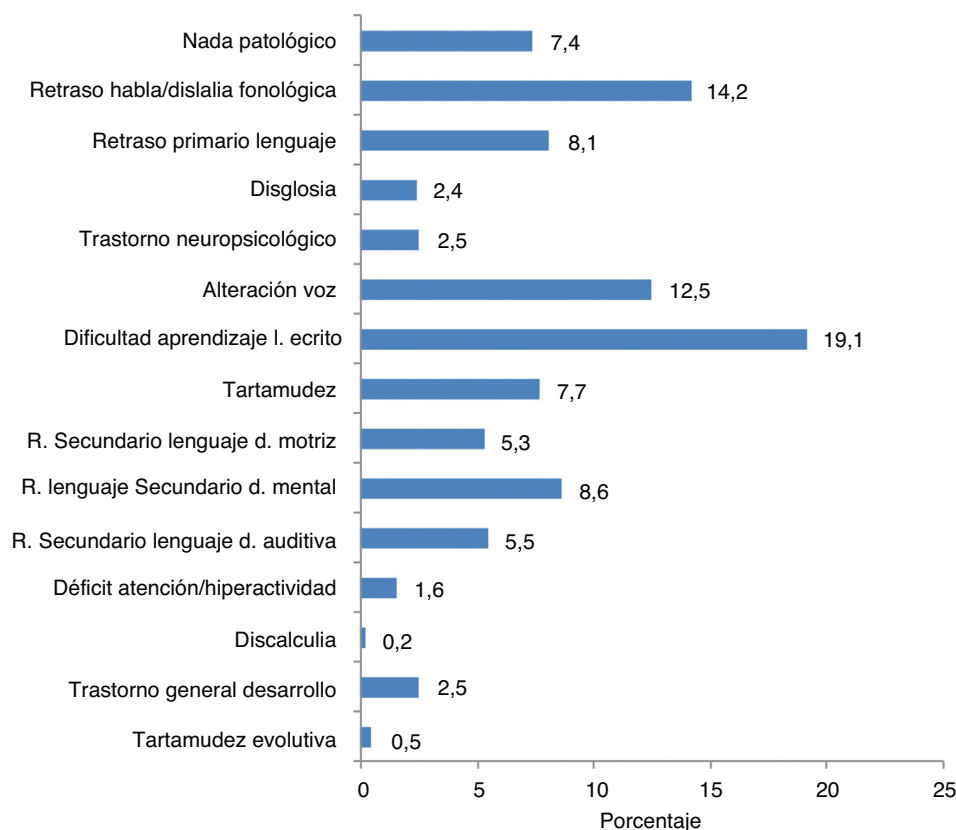


Figura 1 Distribución de las patologías relacionadas con el lenguaje, el habla o la voz.

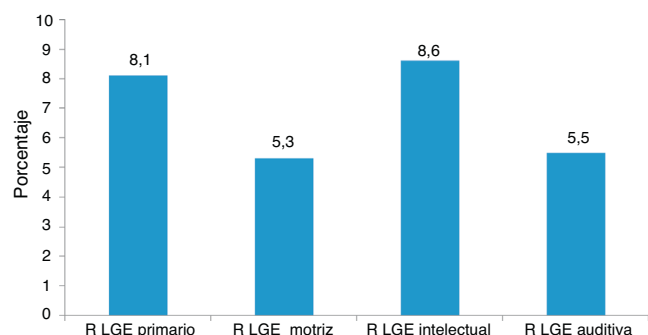


Figura 2 Distribución comparativa de los porcentajes de retrasos en la adquisición lingüística de naturaleza primaria y de naturaleza secundaria.

R LGE AUDITIVO: retraso lenguaje secundario a discapacidad auditiva; R LGE INTELECTUAL: retraso lenguaje secundario a discapacidad mental; R LGE MOTRIZ: retraso lenguaje secundario a discapacidad motriz; R LGE PRIMARIO: retraso lenguaje de naturaleza específicamente lingüística.

- En la franja comprendida entre 1 y 5 años de edad existe asociación significativa ($RTC > 1,6$) con los *retrasos primarios del lenguaje* (55,4% de su casuística), los *retrasos del habla* (46,5% de esta casuística), *retrasos del lenguaje secundarios a discapacidad motriz* (39,6% de su casuística), *tartamudez evolutiva* (100% de los casos) y por *trastornos generalizados del desarrollo* (56,5% de su casuística).
- Posteriormente, entre los 6 y los 10 años, hay relación significativa ($RTC > 1,6$) con las dificultades de aprendizaje del lenguaje escrito (el 60,3% de su casuística total), retrasos en la adquisición del lenguaje secundario a discapacidad mental (57,7% de su casuística específica), retrasos de habla (43,4% de su casuística), retrasos primarios de la adquisición del lenguaje (36,5%), discalculia (100% de los casos) y por nada patológico (47,8%).
- Entre los 11 y los 15 años de edad, las únicas categorías diagnósticas que registran porcentajes con significación estadística ($RTC > 1,6$) se relacionan nuevamente con el *aprendizaje del lenguaje escrito* (33,9% de su casuística),

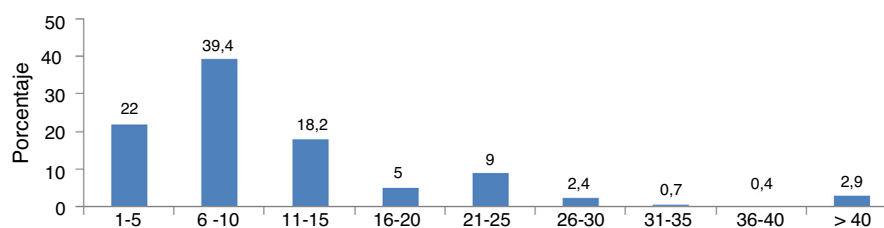


Figura 3 Edad de primera consulta.

los retrasos del lenguaje secundarios a déficit auditivo (32%) y por nada patológico (29,9% de sus casos).

- Entre 16 y 20 años muestran significación estadística ($RTC > 1,6$) los retrasos del lenguaje secundarios a déficit auditivo (14% de sus casos), las alteraciones de voz (12,3%) y la tartamudez (11,4%).
- A partir de los 21 años, se registra una notable disminución en la solicitud de consultas encontrando significación estadística ($RTC > 1,6$) en los diagnósticos referidos a alteraciones de voz y tartamudez. Posteriormente, este decremento se hace notable más allá de los 40 años, donde las consultas se generan únicamente por patologías vinculadas a factores relacionados con el aumento de edad, como son los diferentes trastornos neuropsicológicos y/o afasias.
- Por último, respecto a la relación morbilidad, teniendo en cuenta el sexo, se observa que las diferentes patologías afectan predominantemente a los hombres ($\chi^2 = 65,889$; $gl = 1$; $n = 911$; $p = 0,000$), con una proporción equivalente a 2:1 (63,4% varones vs. 36,6% mujeres), a excepción de las alteraciones de voz, única categoría donde el género femenino presenta un nivel de prevalencia claramente superior al masculino (28,5% mujeres vs. 3,3% hombres).

Discusión

Los resultados obtenidos en cuanto a la prevalencia de los retrasos lingüísticos, del habla y de las dificultades de aprendizaje del lenguaje escrito y la edad de consulta nos lleva a considerar la importancia del estudio de la prevalencia de las alteraciones lingüísticas —en cualquiera de sus múltiples expresiones— dentro del entorno educativo, ya que dichas patologías pueden «enmascarse» bajo dificultades de aprendizaje (Mendoza, 2009; Jiménez et al., 2009; González et al., 2010). Igualmente, no debemos obviar que estas dificultades de aprendizaje y el fracaso escolar presentan sus primeras evidencias durante los primeros cursos de educación primaria para, posteriormente, finalizar en el temido abandono escolar durante la educación secundaria (Fernández, Mena y Riviere, 2010), por lo que su estudio se hace más que necesario.

Así mismo, las secuelas negativas que pueden llegar a generar, como son el analfabetismo funcional, conductas antisociales (Bryan, 2004; Beitchman, 2005; De Santiago Herrero, 2005; López-Rubio, Mendoza y Fernández-Parra, 2009) o entorpecimiento de la inserción laboral (Ruben, 2000) también nos lleva a considerar su necesidad de investigación.

Hemos evidenciado, al igual que McKinnon et al. (2007), que durante la edad adulta el motivo de consulta y el diagnóstico posterior (tartamudez y alteraciones en la voz) están claramente vinculados con el establecimiento de relaciones socio-afectivas, así como con la inserción en el ámbito universitario y/o laboral. Por todo ello, consideramos necesario generar futuras investigaciones respecto a la calidad de vida y la inclusión socio-laboral de personas con limitaciones lingüísticas —orales o escritas— frente al resto de patologías no vinculadas a estos procesos.

En resumen, las investigaciones epidemiológicas pueden aportar datos efectivos y relevantes, en el campo del lenguaje y sus trastornos, a fin de que las diversas

Administraciones —tanto sanitarias como educativas— aseguren los recursos suficientes para una adecuada atención especializada. Esta atención, según Enderby y Petheram (2000), debería concretarse en una ratio de 20 a 25 especialistas por cada 100.000 habitantes, recogiendo así la adecuada asistencia, tanto de la población general como de riesgo.

Del mismo modo, los resultados de prevalencia permiten orientar la formación especializada de los futuros profesionales. Esta situación nos lleva a insistir en la necesidad de incluir en los planes de estudios superiores —afines al campo de la audiolología, la comunicación y el lenguaje— la investigación epidemiológica, tal y como se viene haciendo ya en otras disciplinas de ciencias de la salud. Esta circunstancia, en nuestro país, se hace evidente en la ausencia de asignaturas relacionadas con la investigación epidemiológica de los trastornos del lenguaje dentro de los estudios de posgrado y doctorado en Logopedia, Psicología, Magisterio y ciencias afines (Mendoza, 2009).

Los nuevos retos derivados de nuestro trabajo se sitúan por tanto, en la línea de elaboración de un mapa efectivo de los trastornos lingüísticos en la población general, permitiendo con ello adecuar los medios necesarios para abordar esta problemática y sus consecuencias negativas. Hemos podido constatar que, en nuestro país, existe una producción científica muy escasa, por lo que, consideramos que es necesario un mayor esfuerzo investigador en esta dirección.

Conclusiones

Los resultados de nuestro trabajo muestran que el mayor porcentaje de prevalencia asistencial se produce principalmente durante la infancia y adolescencia temprana, confirmando los estudios de prevalencia realizados con anterioridad (Bonet, 1986; Garrido et al., 1995; De Andrade, 1997; Law et al., 2000; Petheram y Enderby, 2001; Enderby y Pickstone, 2005; Johnson, 2007; McKinnon, McLeod y Reilly, 2007). Igualmente, hemos observado que esta demanda asistencial descende desde este momento hasta niveles muy notables en la edad adulta, donde repunta levemente en edades avanzadas. Por tanto, el perfil epidemiológico de la diversidad de patologías relacionadas con el habla, el lenguaje, la voz y/o la comunicación varía en función de la edad, estando sujeto a las exigencias escolares, familiares y socio-laborales que motivan la consulta.

Los resultados en cuanto a la relación entre patologías y sexo son también coincidentes con la literatura existente (Garrido et al., 1995; Gorospe et al., 1995; Law et al., 2000; Petheram et al., 2001; Elhendi, Rodríguez y Santos, 2012).

Finalmente, se consideró interesante conocer cuáles son los diagnósticos más frecuente para cada franja de edad diferenciando los retrasos lingüísticos primarios de los retrasos lingüísticos secundarios, así como valorar las dificultades de aprendizaje del lenguaje escrito como categoría propia.

Este aspecto nos ha permitido encontrar diferencias respecto a las investigaciones epidemiológicas precedentes. Observamos que son las dificultades de aprendizaje del lenguaje escrito las que obtienen la mayor prevalencia en el perfil epidemiológico, registrando los porcentajes más altos entre los 6 y 10 años (relacionado con errores en su

aprendizaje durante la educación primaria) y los 11-15 años (donde se le suman las dificultades en comprensión lectora durante la educación secundaria).

Los *retrasos lingüísticos* se consultan fundamentalmente en la primera infancia (Bonet, 1986; De Andrade, 1997; Enderby y Petheram, 2000; Enderby y Pickstone, 2005; Garrido et al., 1995; Johnson, 2007; Law et al., 2000; McKinnon et al., 2007; Petheram y Enderby, 2001) pero la diferenciación entre los *retrasos lingüísticos primarios* y *secundarios* permite observar aspectos tan interesantes como que los porcentajes de prevalencia entre los *retrasos lingüísticos primarios* y los *secundarios de déficit intelectual* son muy similares. También se evidencia en las consultas por *retrasos de naturaleza primaria* su mayor frecuencia de aparición entre 1-10 años, para desaparecer casi por completo a partir de esta edad. Respecto a los *retrasos secundarios*, la mayor demanda se genera hasta los 5 años por *déficit motriz*, entre 6-10 años por *déficit intelectual* y entre 11-15 años por *déficit auditivo*.

Los retrasos en la adquisición del habla (dislalias fonológicas), así como las discalculias, las disglosias y los trastornos general del desarrollo, se sitúan fundamentalmente hasta los 10 años.

Asimismo, la ampliación de la edad de la población más allá de la infancia nos ha permitido constatar el descenso en la petición asistencial a partir de la adolescencia y que se ve acentuada en la edad adulta para repuntar, levemente, a edades más avanzadas.

En la franja establecida a partir de los 16 años, la necesidad de atención especializada se relaciona principalmente con problemas de *tartamudez* (significativa entre los 16-30 años) y *alteraciones de voz* (significativa entre 21-25 años y destacable durante la edad adulta). A partir de los 40 años, y durante la senectud, la demanda asistencial se orienta casi exclusivamente hacia los *trastornos neuropsicológicos* y/o *afasias* como principal secuela del envejecimiento en la misma línea de los trabajos preliminares (Petheram y Enderby, 2001; McKinnon et al., 2007).

Como dato curioso, destacamos la existencia derivación de consultas desde el entorno familiar y/o escolar por dificultades que, tras ser evaluadas, son consideradas como *nada patológico* para el ámbito logopédico (hábitos de estudio, problemas de conducta, etc.) o por *tartamudez evolutiva*. Este hecho indicaría el alto grado de sensibilidad mostrado en la prevención y la detección de dificultades lingüísticas de cualquier índole durante la etapa infantil, así como la necesidad de dar respuesta a la demanda de un asesoramiento familiar que no parece estar resuelto.

Así mismo, y coincidiendo con Márquez, Zanabria, Pérez, Aguirre, Arciniega y Galván (2011), también hemos comprobado que, durante la infancia, los *retrasos lingüísticos o del habla* pueden ser el primer indicio —y factor determinante— para llevar al entorno familiar o escolar a solicitar consulta como primer paso en el cribado de patologías como la *dis-capacidad cognitiva leve* o *dis-capacidad auditiva ligera*.

Por último, una vez analizados los diagnósticos, se advierte que la incidencia de estas patologías es mayor en el varón, a excepción de la patología vocal, cuya demanda asistencial pudiera estar relacionada con factores profesionales (dentro de esta categoría, una mayoría importante de mujeres se dedicaban a la docencia escolar) u hormonales.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

- Antoniadis, A. y Lubker, B. (1997). Epidemiology as an essential tool for establishing prevention programs and evaluating their impact and outcome. *Journal of Communication Disorders*, 30(4), 269–284.
- Beitchman, J. (2005). Language development and its impact on children's psychosocial and emotional development. (On-line) [consultado 14 Sep 2011]. Disponible en: <http://www.excellence-earlychildhood.ca/documents/BeitchmanANGxp.pdf>
- Bonet, M. (1986). *Oferta i demanda de la logopèdia i de la foniatria a Catalunya*. Barcelona: Centre de Publicacions, Intercanvi Científic i Extensio Universitària.
- Bryan, K. (2004). Preliminary study of the prevalence of speech and language difficulties in young offenders. *International Journal of Language and Communication Disorders*, 39(3), 391–400.
- De Andrade, C. (1997). Prevalência das desordens idiopáticas da fala e da linguagem em crianças de um a onze anos de idade. *Revista de Saúde Pública*, 31(5), 495–501.
- De Santiago Herrero, F. J. (2005). *Evaluación de las funciones del Yo en población reclusa y no reclusa mediante el Método EFY de L. Bellack*. Salamanca: Universidad Pontificia Salamanca.
- Elhendi, W., Rodríguez, A. y Santos, S. (2012). Estudio epidemiológico de los pacientes con nódulos vocales. *Revista de Logopedia, Fonoología y Audiología*, 32(4), 164–170.
- Enderby, P. y Petheram, B. (2000). An analysis of referrals to speech and language therapy in 11 centres, 1987-95. *International Journal of Language and Communication Disorders*, 35(1), 137–146.
- Enderby, P. y Pickstone, C. (2005). How many people have communication disorders and why does it matter? *Advances in Speech-Language Pathology*, 7(1), 8–13.
- Fernández, M., Mena, L., y Riviere, J. (Eds.). (2010). Fracaso y abandono escolar en España (On line) [consultado 18 Ene 2013]. Disponible en: <http://www.thefamilywatch.org/doc/doc-0141-es.pdf>
- Garrido, M., Gorospe, J., Málaga, J., Martín, C., Bueno, J. L. y Fontanillo, F. (1995). Evolución de la patología atendida una unidad de foniatria. In SOMEF (Ed.), *Actas del III Congreso Nacional de la SOMEF*. Ciudad Real: SOMEF.
- González, D., Jiménez, J. E., García, E., Díaz, A., Rodríguez, C., Crespo, P., et al. (2010). Prevalencia de las dificultades específicas de aprendizaje en la Educación Secundaria Obligatoria. *European Journal of Education and Psychology*, 3(2), 317–327.
- Gorospe, J., Garrido, M., Málaga, J., Santos, P., Bueno, J. L. y Pinto, A. (1995). Comportamiento de la patología en relación al sexo. In SOMEF (Ed.), *Actas del III Congreso Nacional de la SOMEF*. Ciudad Real: SOMEF.
- Gorospe, J. M., Garrido, M., Vera, J. y Málaga, J. (1997). *Valoración de la deficiencia y la discapacidad en los trastornos del lenguaje el habla y la voz*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. (IMSERSO).
- Jiménez, J. E., Guzmán, R., Rodríguez, C. y Artiles, C. (2009). Prevalencia de las dificultades específicas de aprendizaje: la dislexia en español. *Anales de Psicología*, 25(1), 78–85.
- Johnson, C. (2007). Prevalence of speech and language disorders in children. (On line) [consultado 18 Sep 2010]. Disponible en: <http://www.literacyencyclopedia.ca/pdfs/topic.php?topicId=24>
- Law, J., Boyle, J., Harris, F., Harkness, A. y Nye, C. (2000). Prevalence and natural history of primary speech and language delay: Findings from a systematic review of the literature. *International Journal of Language and Communication Disorders*, 35(2), 165–188.

- López-Rubio, S., Mendoza, E. y Fernández-Parra, A. (2009). Habilidades lingüísticas y sociales en adolescentes con problemas de conducta. *Revista de Logopedia, Fonología y Audiología*, 29(4), 237–248.
- Lubker, B. (1997). Epidemiology: An essential science for speech-language pathology and audiology. *Journal of Communication Disorders*, 30(4), 251–267.
- Márquez, M., Zanabria, M., Pérez, V., Aguirre, E., Arciniega, L. y Galván, Y. C. (2011). Epidemiología y manejo integral de la discapacidad intelectual. *Salud Mental*, 34(5), 443–449.
- Mayor, M. A. y Zubiauz, B. (2011). *LOLE. Del lenguaje oral al lenguaje escrito. Un programa de instrucción en conciencia fonológica y preparación a la lectura*. Madrid: TEA ediciones, S.A.
- McKinnon, D., McLeod, S. y Reilly, S. (2007). The prevalence of stuttering, voice, and speech-sound disorders in primary school students in Australia. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*, 38, 5–15.
- Mendoza, E. (2009). Las dificultades del lenguaje en adolescentes: un reto para la logopedia. *Revista de Logopedia, Fonología y Audiología*, 29(4), 221–224.
- Orrantia, J., Morán, C., Gracia, A. D. y González, L. (1995). ¡Tenemos un problema...! Propuesta de un programa para enseñar a resolver problemas de matemáticas. *C&E. Cultura y Educación*, 28, 15–28.
- Peralta, F. y Epidemiología. (2001). In J. Narbona y C. Chevrie-Muller (Eds.), *El lenguaje del niño. Desarrollo normal, evaluación y trastornos*. (pp. 201–206). Masson: Barcelona.
- Petheram, B. y Enderby, P. (2001). Demographic and epidemiological analysis of patients referred to speech and language therapy at eleven centres 1987–95. *International Journal of Language and Communication Disorders*, 36(4), 515–525.
- Ruben, R. (2000). Redefining the survival of the Fittest: Communication disorders in the 21st century. *Laryngoscope*, 110(2), 241–245.
- Silva, A. y Aragón, L. E. (2011). Investigación epidemiológica de los trastornos psicológicos. In V. E. Caballo, I. C. Salazar, & J. A. Carrobes (Eds.), *Manual de psicopatología y trastornos psicológicos* (pp. 114–150). Madrid: Ediciones Pirámide.
- Tomblin, J., Zhang, X., Buckwalter, P. y Catts, H. W. (2000). The association of reading disability, behavioral disorders, and language impairment among Second-grade Children. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 41, 473–482.