Educación



Los Trastornos de lenguaje en el niño

tudios de caso

Luis **Gallego** Ortega

2855

eduforma

ediciones de la U

Sistema Integrado de Bibliotecas
Biblioteca digital UCE
Calle Jerónimo Leyton y Gato Sobral – Cdla. Universitaria
+593 2230757 ext: 808 biblioteca.general@uce.edu.ec

BASE LEGAL PARA DIGITALIZACIÓN DE LIBROS CON DERECHOS DE AUTOR

El Sistema Integrado de Bibliotecas de la Universidad Central del Ecuador, digitalizará su acervo bibliográfico siempre y cuando sea para fines educativos y de investigación. No se permite la reproducción y distribución para la comercialización directa e indirecta del mismo.

La digitalización del material bibliográfico se lo realiza de acuerdo al Código Orgánico De La Economía Social de los Conocimientos, Creatividad e Innovación Art. 212 numeral 9, Literal ii "(…) Una biblioteca o archivo podrá, además, realizar los siguientes actos (…) La reproducción electrónica y comunicación pública de obras de su colección para ser consultadas gratuita y simultáneamente hasta por un número razonable de usuarios, sólo en terminales de redes de la respectiva institución o para usuarios de esa institución bajo su control, en condiciones que garanticen que no se puedan hacer copias electrónicas de esas reproducciones" y literal vii "La reproducción, adaptación, traducción, transformación, arreglo, distribución y comunicación de una obra protegida por derechos de autor o una prestación protegida por derechos conexos, en uno o más formatos accesibles para el uso exclusivo de personas con discapacidad".

Este material se considera un producto intelectual a favor de su autor; por tanto, la titularidad de sus derechos se encuentra protegida por el Código Orgánico De La Economía Social de los Conocimientos, Creatividad e Innovación. La violación a dichos derechos constituye un delito que será responsabilidad del usuario.

Este libro está disponible físicamente en:

BIBLIOTECA	Biblioteca Ciencias de la Discapacidad	**PISO**	
		ESTANTE	
		BANDEJA	
CONVENIO INTERINSTITUCIONAL		**UNIVERSIDAD**	

INVENTARIO

Compra:..... Donación:..... Transfer: ✓

Proveedor: Facultad Ciencias Médicas

Factura:..... Fecha:..... Precio: $1.-

N° Inf. Recep.:..... Fecha Inf.: 2017 - 10 - 20

N° Alta:.....

Biblioteca: BCD

UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR
OMNIUM POTENTIOR EST SAPIENTIA
FUNDADA EN 1620
QUITO

618.92855
G 166
BCD

Educación



Los Trastornos de lenguaje en el niño

Estudios de caso

UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
B-16.
CARRERA DE TERAPIA DEL LENGUAJE

José Luis **Gallego** Ortega

eduforma
ediciones de la U
conocimiento a su alcance

Gallego Ortega, José Luis

Los trastornos del lenguaje en el niño / José Luis Gallego Ortega --
Bogotá : Ediciones de la U, 2015.
214 p. ; 24 cm.
ISBN 978-958-762-396-3
1. Desarrollo del lenguaje 2. Terapia 3. Trastornose de fluidez verbal I. Tít.
370 ed

Edición original publicada por © EDUFORMA, marca registrada de Editorial MAD, S.L. (España)
Edición autorizada a Ediciones de la U para América Latina y el Caribe

Área: Educación
Primera edición: Bogotá, Colombia, abril de 2015
ISBN. 978-958-762-396-3

© José Luis Gallego Ortega
© Editorial MAD S.L. - Plg. Merka, c/B. Nave 1, 41500, Alcalá de Guadaíra, Tel.(+34) 902452900
www.mad.es - (Sevilla-España) - www.eduforma.com/educación-psicologia
© Ediciones de la U - Transversal 42 No. 4 B-83, Tel. (+57-1) 4065861 - 4942601
www.edicionesdelau.com - E-mail: editor@edicionesdelau.com
Bogotá, Colombia

Ediciones de la U es una empresa editorial que, con una visión moderna y estratégica de las tecnologías, desarrolla, promueve, distribuye y comercializa contenidos, herramientas de formación, libros técnicos y profesionales, e-books, e-learning o aprendizaje en línea, realizados por autores con amplia experiencia en las diferentes áreas profesionales e investigativas, para brindar a nuestros usuarios soluciones útiles y prácticas que contribuyan al dominio de sus campos de trabajo y a su mejor desempeño en un mundo global, cambiante y cada vez más competitivo.

Coordinación editorial: Adriana Gutiérrez M.
Carátula: Ediciones de la U
Impresión: Xpress Estudio Gráfico y Digital S.A.
Av.Américas #39-53, Pbx. (57-1) 6020808

Impreso y hecho en Colombia
Printed and made in Colombia

No está permitida la reproducción total o parcial de este libro, ni su tratamiento informático, ni la transmisión de ninguna forma o por cualquier medio, ya sea electrónico, mecánico, por fotocopia, por registro y otros medios, sin el permiso previo y por escrito de los titulares del Copyright.

ediciones de la U

conocimiento a su alcance

Apreciad@ lector:

Es gratificante poner en sus manos esta obra, por esta razón le invitamos a que se registre en nuestra web: **www.edicionesdelau.com** y obtenga beneficios adicionales como:

- **Complementos digitales de esta obra**
- **Actualizaciones de esta publicación**
- **Interactuar con los autores a través del blog**
- **Descuentos especiales en próximas compras**
- **Información de nuevas publicaciones de su interés**
- **Noticias y eventos**



Para nosotros es muy importante conocer sus comentarios. No dude en hacernos llegar sus apreciaciones por medio de nuestra web.

Visítenos en www.edicionesdelau.com

aprendiz@je en líne

Desarrollamos y generamos alianzas para la disposición de contenidos en plataformas web que contribuyan de manera eficaz al acceso y apropiación del conocimiento. Contamos con nuestro portal especializado en e-learning:

Visítenos en www.aprendizajeenlinea.com

de la
edición
conocimiento a su alcance

Apreciado@ lector@:

Es gratificante poner en sus manos esta obra, por esta razón le invitamos a que sea parte de nuestra web: www.edicionesdelau.com y obtenga beneficios adicionales como:

Para nosotros es muy importante conocer sus comentarios, no dude en hacernos llegar sus apreciaciones por medio de nuestra web.

Apreciado Lector

UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR
FUNDADA EN 1620
QUITO

INTRODUCCIÓN

Una de las principales funciones de la escuela reside en propiciar a edades tempranas un desarrollo óptimo de las capacidades infantiles. Para cumplir con esta función básica, el centro escolar necesita asumir que el lenguaje es, sin duda, el medio de comunicación y representación por excelencia y la herramienta más poderosa y eficaz para la adquisición de los aprendizajes escolares. Tal vez la conquista más importante que los niños realizan en sus primeros años de vida sea el aprendizaje de su lengua materna. El lenguaje desempeña un papel crucial en el funcionamiento interpersonal y cualquier limitación de la capacidad lingüística del niño tiene un impacto negativo en su desarrollo. A partir del lenguaje se producen las primeras interacciones sociales con su entorno y se sientan las bases de futuros y más complejos aprendizajes.

Se sabe que en los procesos de elaboración del lenguaje hablado intervienen, fundamentalmente, tres grandes estructuras neurofisiológicas: el aparato auditivo (encargado de la recepción de los estímulos), el sistema nervioso central (encargado de la elaboración del lenguaje hablado) y el aparato respiratorio-fonoarticulador (órganos y músculos respiratorios, laringe, faringe, fosas nasales y cavidad bucal). El desarrollo lingüístico requiere que el sistema auditivo funcione adecuadamente, que el sistema nervioso no esté afectado y que el aparato fonoarticulador esté libre de lesiones, además de la disposición del niño para interactuar con sus semejantes. Pero con independencia de la contribución del organismo en los procesos de adquisición del lenguaje, no pueden dejarse al margen las variables relacionadas con el contexto. Las influencias ambientales aportan experiencias, motivaciones y estímulos sensoriales que contribuyen a la evolución y desarrollo de las capacidades comunicativas, de manera que si el entorno es deficitario pueden presentarse obstáculos para el desarrollo lingüístico de los niños.

En efecto, el nivel de desarrollo que una persona puede alcanzar no depende sólo de la dotación genética con la que viene al mundo, sino también de la influencia de las relaciones que establece con su medio. En este sentido, hay que destacar el papel fundamental que juegan las primeras experiencias en la vida de un niño. La ausencia de un ambiente estimulante a edades tempranas genera un progresivo estancamien-

SIB-UCE

to en el desarrollo infantil, además de un empobrecimiento paulatino de los canales sensoriales que conectan al sujeto con su entorno.

Por consiguiente, las variables que determinan el desarrollo del lenguaje son diversas –dado el conjunto de órganos que intervienen en la producción y comprensión del mismo– como también lo son los síntomas de un posible trastorno lingüístico, ya que éste puede estar relacionado con un déficit cognitivo, sensorial o motor, pertenecer a un cuadro psicopatológico más complejo o incardinarse en una patología específica del lenguaje.

El sintagma trastornos de lenguaje en el niño, que da título a esta obra, se utiliza para referirse a un grupo muy heterogéneo de niños que tienen dificultades de comunicación como consecuencia de un trastorno específico de lenguaje, una disfunción laríngea o una alteración articulatoria, ya sea como resultado de la presencia de factores orgánicos u otras causas de carácter funcional. No obstante, conceptualizar los trastornos del lenguaje no es una tarea fácil, por lo que las definiciones han de entenderse en términos de herramientas prácticas para el diagnóstico y el tratamiento de los problemas de lenguaje. Los impedimentos del habla y del lenguaje obstaculizan los procesos comunicativos de los niños y sus posibilidades de participación social, de ahí la importancia de una atención temprana de carácter preventivo y/o compensador y no solo reeducativa.

Las investigaciones demuestran que una identificación precoz y una atención educativa temprana de los problemas relacionados con el lenguaje constituyen una condición necesaria para facilitar el desarrollo integral de los sujetos, y se erigen en elementos valiosos para remediar el problema evidente de la desigualdad de oportunidades. La educación escolar complementa al hogar si proporciona la atención adecuada para la promoción del desarrollo integral del niño. El niño aprende el lenguaje gracias a las interacciones con sus iguales y con los adultos, quienes le "enseñan a hablar" a través de juegos, actividades conjuntas, tareas compartidas, narración de historias, etc. La falta de estimulación durante las etapas iniciales del desarrollo puede desembocar en retrasos en la adquisición y/o desarrollo del lenguaje o en la aparición de trastornos de lenguaje propiamente dichos. Éstos son alteraciones que dificultan la comunicación verbal y afectan tanto a los aspectos lingüísticos (fonológicos, semánticos y sintácticos, en el nivel de comprensión y producción del lenguaje), como a los aspectos intelectuales y de personalidad, además de poder interferir en las relaciones interpersonales y en la educación.

Es en este contexto cuando la función preventiva y compensadora de la escuela adquiere su máximo exponente, siempre que contribuya a

evitar que los problemas de lenguaje se instauren en el habla del niño o a aminorar las repercusiones negativas que aquéllos pudieran tener en éste. A este efecto, conocer el desarrollo normativo del lenguaje infantil así como sus principales trastornos se convierte en una necesidad para todos los educadores en general y principalmente para quienes tienen la responsabilidad de atender a niños en los primeros años de su desarrollo. Por tanto, los destinatarios del libro son diversos: los estudiantes de los nuevos Títulos de Grado, los docentes de los primeros niveles del sistema educativo, los educadores infantiles, los logopedas, los orientadores y también los padres. Y ello porque no solo se ha buscado una descripción técnica y erudita de cada trastorno, sino fundamentalmente un enfoque práctico que culmina con ejemplificaciones de casos concretos, que tratan de ilustrar la necesaria erudición que la descripción de los problemas de lenguaje conlleva.

Granada, mayo 2013

El autor

Biblioteca de La FCDAPD
Universidad Central del Ecuador

ÍNDICE

Introducción 7

Capítulo 1. El desarrollo del lenguaje y sus trastornos 13
1. El desarrollo del lenguaje en el niño 13
   1.1. El desarrollo pragmático 14
   1.2. El desarrollo semántico 19
   1.3. El desarrollo sintáctico 22
   1.4. El desarrollo fonológico 27
2. Principales trastornos del lenguaje oral 34
3. A modo de síntesis 37

Anexo I. Protocolo de observación 39

Capítulo 2. Trastornos fonológicos y fonéticos 41
1. Caracterización de los trastornos 41
   1.1. Los trastornos fonéticos 43
   1.2. Los trastornos fonológicos 44
2. Evaluación de los trastornos 47
   2.1. ¿Qué evaluar? 47
   2.2. ¿Cómo evaluar? 51
3. Intervención de los trastornos 52
   3.1. ¿Qué intervenir? 53
   3.2. ¿Cómo intervenir? 54

Anexo I. Estudio de caso 65

Capítulo 3. Trastornos articulatorios de carácter orgánico: disglosias y disartrias 67
1. Caracterización de los trastornos 68
   1.1. Las disglosias: descripción y tipos 69
   1.2. Las disartrias: descripción y tipos 71
2. Evaluación de los trastornos 78
   2.1. Evaluación de las disglosias 78
   2.2. Evaluación de las disartrias 78
3. Intervención de los trastornos 82
   3.1. Intervención en las disglosias 82
   3.2. Intervención en las disartrias 85

Anexo I. Estudio de casos 91

Capítulo 4. Trastornos de fluidez verbal: la tartamudez infantil 95
1. Caracterización, tipos e hipótesis 96
   1.1. Tipos de tartamudeo 97
   1.2. Hipótesis sobre la tartamudez 98
   1.3. Exégesis general del tartamudeo 101
2. Evaluación de la tartamudez 104
   2.1. Quién evalúa 104

2.2. Cuándo se evalúa 105
2.3. Qué se evalúa 106
2.4. Cómo se evalúa 108
3. Intervención del trastorno 112
3.1. Técnicas y estrategias generales de intervención 112
3.2. Atención del tartamudeo infantil 115
Anexo I. Estudio de caso 120

Capítulo 5. Trastornos de voz: la disfonía infantil 123
1. La voz y sus trastornos 124
2. Clasificación y descripción de las disfonías 128
2.1. Propuesta clásica 129
2.2. Propuesta de Le Huche y Allali 131
3. Evaluación de la voz: detección de las disfonías 133
4. Intervención en las disfonías 138
Anexo I. Estudio de caso 149

Capítulo 6. Trastorno específico del lenguaje (TEL) 153
1. Caracterización de los TEL 154
1.1. Clasificación y descripción 155
1.2. Génesis y pronóstico 162
2. Trastornos específicos del lenguaje y retrasos simples del lenguaje 164
3. Evaluación de los TEL 167
3.1. ¿Cómo evaluar? 167
3.2. ¿Qué evaluar? 176
4. Intervención de los TEL 178
4.1. Tipos y principios generales de intervención 178
4.2. Contenidos y estrategias de intervención 179
Anexo 1. Estudio de caso 185

Glosario 193

Referencias bibliográficas 197

Webgrafía 212

1 El desarrollo del lenguaje y sus trastornos

El lenguaje es una capacidad tan trascendente para el ser humano como compleja, por cuanto implica una serie de habilidades que lo convierten en un fenómeno multidimensional, estrechamente vinculado al desarrollo de los aspectos psicomotrices y de las funciones psicológicas y sociales. Implica formulación, comprensión y transmisión de ideas mediante el uso convencional de sonidos y gestos, y su adecuado ordenamiento según las reglas gramaticales establecidas. Su desarrollo no puede aislarse de otros aspectos del proceso de maduración general, y pese a ser esencialmente una función cognitiva, no puede disociarse de los componentes afectivos que interactúan en un contexto social.

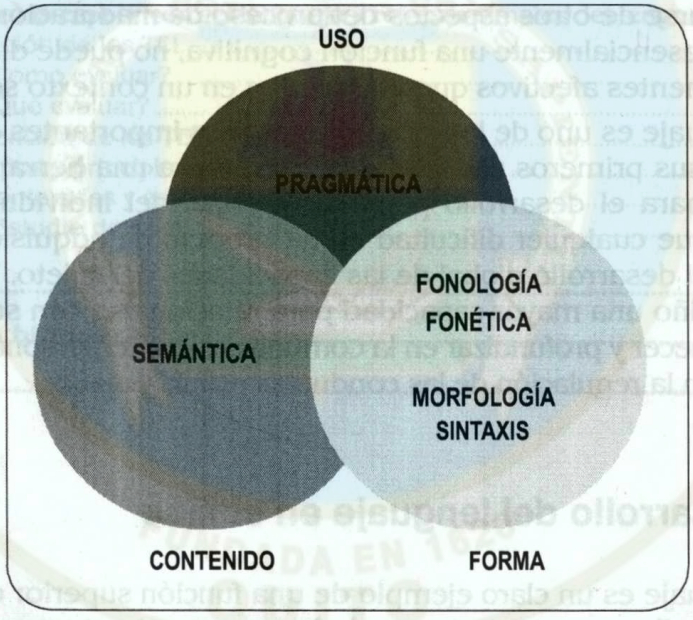
El lenguaje es uno de los aprendizajes más importantes que el niño realiza en sus primeros años de vida. Constituye una herramienta fundamental para el desarrollo personal y social del individuo, hasta el punto de que cualquier dificultad en su proceso de adquisición puede hipotecar el desarrollo global de las capacidades del sujeto. El lenguaje otorga al niño una mayor capacidad para relacionarse con su entorno y para enriquecer y profundizar en la comunicación interpersonal y consigo mismo, y en la regulación de las conductas propia y ajena.

1. El desarrollo del lenguaje en el niño

El lenguaje es un claro ejemplo de una función superior del cerebro cuyo desarrollo se sustenta, por un lado, en una estructura anatomofuncional genéticamente determinada y, por otro, en el estímulo verbal que le da el entorno (Castaño, 2003). El lenguaje es un sistema de comunicación complejo que el niño conquista siguiendo pautas y tendencias comunes dentro de una secuencia evolutiva, relativamente predecible. Puede ser dividido, para su estudio, en tres dimensiones funcionales (Blomm y Lahey, 1978): forma, contenido y uso, las cuales incluyen sus principales componentes. Es decir, el lenguaje presenta una determina-

da forma lingüística, posee un campo de significación concreto y puede ser utilizado en distintos contextos y situaciones de comunicación. La forma hace referencia a la morfosintaxis (estructura del lenguaje) y la fonología (fonemas y sonidos del lenguaje), el contenido comprende el significado o semántica del lenguaje (relaciones de significación entre las palabras) y, por último, el uso del lenguaje se refiere a la pragmática (su uso social). Dichos componentes mantienen una relación sistémica (Cfr. Figura 1.1), se nutren mutuamente, en un ciclo de retroalimentación constante, en el que es posible advertir un carácter indisoluble entre las dimensiones semántica y sintáctica, así como una especial vinculación entre las dimensiones pragmática y léxica. Para Johnston y Johnston (1988), cuando un niño utiliza a edades tempranas el acto pragmático de la referencia, está aprendiendo cómo una determinada acción es previsible a partir de una emisión verbal concreta.

Figura 1.1. Componentes del lenguaje



1.1. El desarrollo pragmático

La pragmática es el estudio de las reglas para establecer el uso del lenguaje en situaciones sociales. El desarrollo comunicativo se inicia desde los primeros días de vida del niño y progresa de forma sorprendente gracias a la calidad de las relaciones padres/niño y al cúmulo de vocalizaciones, movimientos corporales y gestos llenos de intención y significado. La adquisición del lenguaje está muy vinculada al

desarrollo socio-afectivo y tiene lugar en la interacción íntima con los adultos cercanos al niño. Durante los primeros años del desarrollo, es imprescindible la interacción del niño con otros usuarios de su lengua para propiciar un contacto entre su capacidad general para el lenguaje y su lengua particular (Yule, 2010). No pocos estudios han revelado las consecuencias de la inatención infantil sobre su desarrollo lingüístico y cognitivo, destacando los retrasos en la adquisición y desarrollo del lenguaje, la escasez de vocabulario o la pobreza morfosintáctica (Martínez y De Paúl, 1993; González et al., 2001). Además, buena parte de la actividad infantil durante los primeros años es social y comunicativa, y aunque las interacciones tempranas entre padres e hijos no generan lenguaje, entendido como reglas sintácticas, fonológicas o semánticas, son imprescindibles dado que le proporcionan las herramientas necesarias para pasar al lenguaje formal y para su posterior adaptación al entorno (Moreno, García-Baamonde y Blázquez, 2010).

Paulatinamente, el niño mejora en sus primeros meses su capacidad de relación gracias a su progresivo desarrollo psicomotor, lo que le permite en términos lingüísticos grandes logros al ser consciente de su capacidad para transmitir intenciones, satisfacer necesidades y regular conductas ajenas en beneficio personal. Apenas conquista las primeras palabras, es consciente de la importancia de las mismas para obtener las cosas que le satisfacen, si bien en numerosas ocasiones la capacidad comunicativa del niño depende más de la solidez interpretativa del adulto que de su calidad expresiva.

Pronto, hacia los dos años, se dará cuenta de los diversos usos y funciones inherentes al lenguaje (Cfr. Tabla 1.1), en cuanto le permiten demandar la atención de quienes le rodean y satisfacer deseos relevantes para él, a pesar de sus limitaciones para iniciar un diálogo. Pero el aprendizaje de la pragmática es complejo, habida cuenta de la diversidad de componentes que incluye al determinar qué tipo de lenguaje debe usarse en cada contexto.

Tabla 1.1. Las funciones comunicativas del lenguaje

HALLIDAY (1975)	DORE (1975)
1. Instrumental: El lenguaje como medio para satisfacer necesidades ("yo quiero"). 2. Reguladora: El lenguaje como medio de control de los demás ("hazlo como yo te digo"). 3. Interaccional: El lenguaje como medio de interacción con los otros ("yo y tú").	1. Etiquetamiento: uso del lenguaje para nombrar un objeto. 2. Repetición: el niño imita, sin intención aparente, lo que oye. 3. Respuesta: el lenguaje sigue a una pregunta del adulto. 4. Requerimiento de una acción: el niño solicita que el adulto realice una acción.

.../...

.../...

4. Personal: El lenguaje como medio para expresar la propia individualidad ("aquí llego yo").	5. Requerimiento de una respuesta: el niño solicita confirmación de lo que ha dicho.
5. Heurística: El lenguaje como medio para conocer la realidad ("dime por qué").	6. Llamada: el lenguaje sirve para solicitar la atención del adulto.
6. Imaginativa: El lenguaje como medio para crear un entorno propio ("vamos a hacer como si").	7. Saludo: uso del lenguaje en situaciones sociales.
7. Representativa: El lenguaje como medio para transmitir información ("tengo algo que decirte").	8. Protesta: el lenguaje expresa resistencia a la acción del adulto.
	9. Acompañamiento de la acción: el niño usa el lenguaje para sí mismo.

Como se aprecia en la Tabla 1.1, Dore describe nueve "actos de habla primitivos", que pudieran ser palabras o elementos prosódicos que permiten al niño canalizar sus intenciones con anterioridad a poder explicitarlas a través del lenguaje. El interés de los actos de habla reside en su contribución para comprender el lenguaje del niño (intenciones, significados...). Por su parte, Halliday contempla tres fases por las que transita el niño hasta dominar su lengua. En la primera, que comprende de los 9 a los 15 meses, el niño llega a dominar ciertas funciones. Inicialmente el lenguaje tiene una función referencial; descubrir que las cosas tienen un nombre es, para el niño, un hallazgo sorprendente. La segunda fase, considerada por el autor como de transición al primer lenguaje adulto, se iniciaría hacia los 16 meses, y en ella tendría lugar el aprendizaje del diálogo (aproximadamente a los 18 meses), hecho que permite al niño la interacción definitiva con su entorno social. Finalmente, en la tercera fase, se produce la adecuación entre el lenguaje infantil y el adulto. Para Halliday, explicar la adquisición del lenguaje exige conocer la interacción social de la vida del niño para comprender cómo ese proceso está determinado por las funciones que ha intentado asumir. Las características pragmáticas de un enunciado tratan de poner de manifiesto las intenciones comunicativas del niño, características muy relacionadas con las sintácticas y semánticas (Clemente, 2000).

Lo cierto es que alrededor de los dos años, el niño se inicia en el uso de las convenciones sociales del lenguaje, diferenciando entre una expresión imperativa (¡quiero...!) o interrogativa (¿puedo...?) y dándose cuenta de la utilidad de los actos de habla y de la importancia de la intercomunicación. De esta forma, el niño recibe los inputs necesarios para aprender las normas que regulan la comunicación, una situación de reciprocidad (tú-yo) que impulsa el desarrollo del lenguaje. Es sorprendente cómo a estas edades los niños son ya capaces de introducir nuevos temas de conversación con el adulto, aunque todavía recelen de sumergirse en ellos y prefieren disfrutar con la emisión de manifestaciones propias.

Hacia los tres años se desborda el deseo de hablar sin límites (Wells, 1985), aunque el uso del lenguaje se oriente hacia la satisfacción de sus necesidades o a tratar de imponer su individualidad. A esta edad deja atrás el lenguaje ininteligible y se hace entender por quienes le rodean, al tiempo que comienza a ser consciente de las normas que rigen los intercambios comunicativos. Posee ya los mecanismos para responder de forma apropiada a sus interlocutores (Crystal, 1994) y suficiente capacidad para hacer un uso adecuado de las diversas funciones del lenguaje, mostrando las habilidades exigibles para mantener sencillas conversaciones. Su imaginación le lleva con frecuencia a elaborar discursos personales que nutre con fabulaciones o invenciones vinculadas a sucesos o acontecimientos de indudable interés para él con los que trata de reclamar la atención de cuantos le rodean. Se aprecia, según Owens (2003), un incremento de explicaciones o justificaciones en torno a sus demandas, sobre todo cuando percibe algún desinterés en su interlocutor. A partir de aquí, su capacidad expresiva evoluciona sorprendentemente e incrementa en eficacia, además de ganar en complejidad y riqueza, lo que le permite advertir la funcionalidad del lenguaje para utilizarlo como herramienta de comunicación.

Los tres años y medio denotan la presencia de patrones lingüísticos idóneos para representar diversidad de roles en situaciones de juego simbólico o hacer uso de habilidades comunicativas en contextos de comunicación diferenciados. Es entonces cuando la expansión lingüística alcanza importantes cotas de desarrollo y la evolución del lenguaje se constata día a día. Tanto es así que a partir de los cuatro años se hace más evidente cualquier desviación o retraso en el uso del lenguaje. Si bien el manejo de los diferentes conectores y señaladores lingüísticos no encierra el mismo nivel de complejidad, constatándose, por ejemplo, que los personales "yo, tú, él" parecen más asequibles de comprender y producir a edades tempranas que los espaciales "aquí, allí" o los temporales "antes, ahora, después".

A partir de los cinco años, las habilidades lingüísticas y la competencia conversacional del niño se asemejan a las del adulto. En general, a esta edad posee un adecuado uso social del lenguaje (Wells, 1985) y aunque su fantasía e imaginación se mantienen, decrecen las fabulaciones y se incrementa el gusto por las historias o explicaciones relacionadas con sus vivencias personales. Para Obler (1985), el devenir del tiempo incrementa las potencialidades conversacionales, habida cuenta de la progresiva incorporación de nuevo léxico y del mayor conocimiento de nuevos conectores textuales, lo que favorece la aparición de construcciones sintácticas más complejas y potencia su participación en escenarios comunicativos más diversos. Como señala Veneziano (2010), los procesos conversacionales ayudan a los niños a adquirir el lenguaje, pues éstos participan activamente, muestran intenciones y significados que comunicar y la comprensión de su interlocutor es tan importante

como hacerse entender. Con la conversación los niños aprenden cómo se han de utilizar los recursos lingüísticos y participan en la construcción de conductas válidas en términos comunicativos.

Durante la edad escolar, como recogen diferentes estudios, el lenguaje del niño se enriquece al aumentar el vocabulario y su capacidad para utilizar e interpretar las estructuras sintácticas, así como su facultad inferencial, lo que le permite, entre otros aspectos, usar adecuadamente formas de lenguaje no literal, como las frases hechas metafóricas y variar su registro de acuerdo con las circunstancias lingüísticas (Ravid y Tolchinsky, 2002), al tiempo que incrementa su conciencia metapragmática para autodirigir el uso comprensivo y expresivo del lenguaje (Verschueren, 2002), algo que sin duda aumenta con la edad (Crespo y Alfaro, 2010). Serra et al. (2000) han constatado los progresos conversacionales de los niños en los siguientes aspectos: 1.º mayor variedad temática; 2.º incremento de la información; 3.º superior relación entre los temas; 4.º mayor coherencia de los intercambios; 5.º respeto por los principios que rigen las conversaciones. Algunos estudios han validado el uso de la conversación como una estrategia valiosa para mejorar e incrementar el léxico de los niños pequeños con un vocabulario pobre, sugiriendo un incremento de la eficacia cuando se trabaja en pequeños grupos y no con la globalidad del aula (Ruston y Schwanenflugel, 2010).

En todo caso, la estrecha relación entre todos los niveles del lenguaje apunta con frecuencia que los déficits pragmáticos enunciativos o textuales pueden explicarse por limitaciones de naturaleza gramatical (Gallardo-Paúls, 2009, 57):

- Alteraciones fonológicas: pueden impedir construir adecuadamente actos de habla proposicionales, cuyas unidades léxicas resulten inteligibles, subordinando la expresión a actos locutivos que se apoyan en interjecciones, entonaciones marcadas y vocalizaciones no léxicas.
- Alteraciones morfológicas: tradicionalmente asociadas al agramatismo, encuentran su dimensión pragmática provocando fallos en la cohesión lexicosemántica del discurso.
- Alteraciones sintácticas (paragramatismo, infradeterminación sintáctica): explican un déficits pragmático en la cohesión sintáctica.
- Fallos semánticos y de acceso léxico (hablantes con anomia o pobreza léxica): pueden explicar déficit en la construcción de los actos de habla proposicionales o de las estructuras sintácticas cohesionadas.

La pragmática representa el culmen del proceso comunicativo, dotando de sentido y significado al discurso del hablante. De ahí que el estudio del lenguaje no debe reducirse al análisis del nivel fonoarticulatorio, sin duda muy importante pero a todas luces insuficiente desde un enfoque comunicativo.

1.2. El desarrollo semántico

La semántica es el estudio del significado del lenguaje, esto es, el significado de las palabras, frases y oraciones. Es evidente que desde los primeros meses de vida el niño confiere un significado a los elementos suprasegmentales o aspectos prosódicos del lenguaje. Escuchando la entonación del adulto, el niño puede discernir inicialmente sobre la (in)oportunidad de algunos de sus comportamientos. La conquista de la primera palabra, cuya exactitud se desconoce (Dale, 1980), representa un hito significativo de indudable valor, por cuanto indica el momento en el que el niño empieza a incorporar vocabulario a su sistema lingüístico (Halliday, 1982). Se sabe acerca de la fuerte correlación existente entre el número de palabras y la complejidad de las frases que los adultos utilizan con la calidad del lenguaje que los niños emplean posteriormente (Vasilyeva et al., 2006).

Durante el primer año, el niño adquiere un bagaje léxico reseñable, aunque su limitada capacidad articulatoria le impida hacer gala de esas conquistas. Y hacia el año y medio de vida, gracias a su capacidad para combinar palabras, el vocabulario del niño se incrementa (unas 100 palabras), aunque sus manifestaciones verbales todavía no pueden desprenderse de una jerga más o menos ininteligible, muy característica a estas edades. Si bien durante la etapa holofrástica el vocabulario de los niños suele ser limitado y tienden a referirse con una misma palabra a un amplio número de objetos que no están relacionados entre sí (Yule, 2010). No obstante, tan pronto como el niño utiliza en torno a 50 palabras su vocabulario crece espectacularmente llegando a dominar unas 300 al final del segundo año.

Tabla 1.2. Clasificación gramatical de las primeras 50 palabras (Owens, 2003, 240)

	Porcentaje del vocabulario		
Función Gramatical	Benedict (1979)	Nelson (1973)	Ejemplos
Nombres			
Generales	50	51	Leche, perro, coche
Específicos	11	14	Mamá, papá
Palabras de acción	19	14	Toma, adiós
Modificadores	10	9	Mío, no, caca
Personal-social	10	9	No, por favor, gracias
Funcional	---	4	Esto, para

Owens (2003) señala que las primeras palabras infantiles suelen vincularse con determinados juguetes, alimentos o animales, sin olvidar los típicos referentes familiares (papá, mamá). El uso de los nombres suele prevalecer, por tanto, sobre otras categorías gramaticales (Cfr. Tabla 1.2), aunque esta tendencia no sea universal (Jackson-Maldonado et al., 1993) ni estática, dado que la conquista de nuevos términos no sólo aparece ligada a preferencias o significados culturales sino también a su efectividad para satisfacer intereses o intenciones de comunicación. Asimismo, los niños muestran tendencias comunes tanto en el uso de ciertos fonemas (/p/, /b/, /m/, /n/, /g/) como en el empleo de determinadas estructuras silábicas (CV y CVCV).

En estos momentos el contexto es clave para comprender el significado de muchas de las expresiones del niño, máxime cuando recurre a poner en práctica las denominadas subextensiones o sobreextensiones léxicas, según el uso restringido o generalista que hace el niño de una determinada palabra hasta que es capaz de dominar el sistema de significados que utiliza el adulto, mediante un proceso de depuración semántica.

A partir de los veinticuatro meses, los niños suelen ser capaces de reproducir oraciones de dos o tres palabras y también de apreciar las relaciones de significación entre ellas. Algunas de estas palabras le exigen un mayor esfuerzo que otras, pero es un momento propicio para enriquecer su bagaje léxico con la rápida incorporación de nuevos vocablos, llegando a conocer unas mil palabras aproximadamente a la edad de tres años. Este crecimiento espectacular de su vocabulario exige al niño cierta capacidad cognitiva para inferir cuáles son las relaciones que cada referente mantiene con su significante y para rescatar de su repertorio léxico el término más pertinente a cada situación comunicativa. Aunque inicialmente los niños conquisten las palabras de su lengua como elementos aislados y sin relación alguna (Owens, 2003), muy pronto toman conciencia de la necesidad de encadenar palabras para expresarse de forma coherente, lo que les lleva a establecer relaciones de significación entre los vocablos. Clark (1990) ha identificado dos supuestos operativos para inferir el significado de los nuevos términos: a) el contraste, para significar que toda forma lingüística contrasta con cualquier otra en cuanto a su significado; b) la convencionalidad, es decir, algunas formas verbales se usan para manifestar significados concretos.

Próximo a los cuatro años, el niño posee una mayor capacidad para discernir las intenciones de los mensajes y para comprender algunos de los matices implícitos en la conversación. Las habilidades con el vocabulario parecen estar muy vinculadas a las oportunidades para entablar un diálogo colectivo (Ruston y Schwanenflugel, 2010). El niño a esta edad se familiariza con un cierto dominio de las relaciones semánticas que se establecen entre las palabras y logra hacer un uso más apropiado del léxico de su lengua. Sorprende la rapidez con la que incorpora nuevas

Biblioteca de La FCDAPD
Universidad Central del Ecuador

palabras a su vocabulario, lo cual conlleva el uso de ciertas estrategias para su mejor organización, en las que el aprendizaje de las relaciones de significación o contraste parece ocupar un destacado lugar. Los niños suelen aprender antes los términos espaciales que los temporales y también aquellos vocablos en los que se pueden establecer opuestos (antes/después) que en los que no es posible hacerlo (durante, donde). Pero a la edad de cinco años los niños ya han completado la mayor parte del proceso básico de adquisición de la lengua (Yule, 2010).

El siguiente cuadro (Cfr. Cuadro 1.1) ilustra sobre el orden de adquisición de algunos vocablos.

Cuadro 1.1. La adquisición de algunos términos, según Owens (2003)

Comprensión de las relaciones temporales y espaciales (p. 283)	
Edad	**Relaciones que se comprenden**
24 meses	Preposición de localización *en*
36 meses	Preposición de localización *debajo*
40 meses	Preposición de localización *cerca*
48 meses	Preposiciones de localización *detrás y delante*, dificultades con *sobre, bajo y al final de*; expresiones de parentesco: *mamá, papá, hermano y hermana*
60 meses	Términos temporales como *antes y después*
<60 meses	Preposición de localización ubicada en expresiones temporales, como *en una semana*; la mayor parte de las relaciones de parentesco hacia los 10 años; referencias precisas del cuerpo: *izquierda y derecha*
Orden de adquisición de las relaciones físicas (p. 284)	
Duro/blando	Grande/pequeño — Alto/bajo; largo/corto
Gordo/delgado	Ancho/estrecho — Profundo/superficial
Orden de adquisición de los términos de parentesco (p. 286)	
Madre, padre, hermana, hermano Hijo, hija, abuelo, abuela, padres Tío, tía, primo, sobrino, nieto	
Desarrollo de los pronombres (p. 287)	
Edad	**Pronombres**
12-26 meses	*Yo, eso*
27-30 meses	*Mi, me, mío, tú*
31-34 meses	*Tu* (posesivo), *ella, él, vuestro, nosotros*
35-40 meses	*Ellos, nos, su, sus*
41-46 meses	*Nuestro, me, te, se, os, sus (reflexivos)*

SIB-UCE

En cualquier caso, los niños aprenden un gran número de palabras en un periodo de tiempo relativamente corto. Entre ellas, aunque los problemas pueden afectar a diferentes tipos de palabras, los estudios constatan que los verbos constituyen un campo de especial dificultad para el aprendizaje (Chiat, 2001). Se calcula que hacia los 6 años los niños saben unas ocho mil palabras (Clark, 1995). Este léxico juega un papel fundamental en el proceso de alfabetización y el futuro éxito escolar del alumno (Bowers y Kirby, 2009). No obstante, la adquisición de nuevos vocablos es un proceso que perdura durante toda la vida del ser humano, aunque este desarrollo depende, en buena medida, del nivel educativo y sociocultural del hablante, así como de la edad y la capacidad cognitiva del sujeto.

1.3. El desarrollo sintáctico

La sintaxis se refiere al orden y la organización de las palabras vocalizadas en la oración y en las estructuras gramaticales similares; es el orden de palabras para formar oraciones con significado. La morfología estudia la estructura interna de las palabras; su unidad mínima es el morfema o unidad sintáctica con significado gramatical, que no puede dividirse en unidades más pequeñas con significado. Las palabras contienen uno o más morfemas. Cuando el niño empieza a combinar palabras, entre los dieciocho y veinte meses, se inicia una clara tendencia a ordenar de forma funcional los elementos de la frase para mejorar su capacidad comunicativa. La superación del periodo holofrástico por una etapa telegráfica o de combinación de palabras de forma más o menos coherente acelera el desarrollo de la morfosintaxis, si bien, en opinión de Dore (1974), los niños recurren previamente a una serie de recursos presintácticos, como la repetición de una misma palabra, para crear estructuras similares a las sintácticas. El incremento de la capacidad sintáctica ha sido posible gracias al mejor "dominio" de los aspectos semánticos y pragmáticos del lenguaje. Para Chiat (2001), los niños antes de producir combinaciones de palabras evidencian la comunicación de hechos o relaciones, las cuales se hacen más explícitas en sus enunciados a medida que son capaces de utilizar más palabras de relación y de realizar combinaciones.

Esta combinación de palabras, evidente hacia los dos años de vida, y que progresa vertiginosamente en los meses sucesivos, puede adoptar diferentes formas (Gallego, 2006): a) emisión de vocal más palabra (a nene); b) vocalización de logotoma más palabra (toto nene); c) producción de palabra más palabra truncada (nene bapo -nene guapo-); d) repetición de una misma palabra (nene-nene). En este periodo de combinación de palabras, los niños recurren al uso de diferentes estrategias:

1. Arbitrariedad: cuando los niños realizan las combinaciones de dos palabras de forma mecánica.

2. Asociación posicional: cuando los niños combinan coherentemente las palabras.
3. Asociación posicional creativa: cuando los niños combinan dos palabras acertadamente, siguiendo ciertas reglas de posición más que semánticas.
4. Asociación semántica: cuando las combinaciones de palabras se realizan a partir de relaciones de significación.
5. Asociación sintáctica: cuando las combinaciones de palabras se realizan atendiendo al orden que debe existir entre ellas.

Lo cierto es que si en el desarrollo normal del lenguaje domina inicialmente la vertiente receptiva, que incluye la escucha y gradual comprensión del lenguaje, a los 12 meses se activa la vertiente productiva con la emisión de palabras y expansión del vocabulario, lo que hace que en el segundo año el lenguaje aumente en complejidad con la aparición de las reglas gramaticales simples y las combinaciones de las palabras. Es entonces cuando el lenguaje es percibido como un eficaz recurso de comunicación, que puede ser utilizado en contextos y situaciones diferenciadas de manera más efectiva. A partir de este momento se inicia un proceso de gramaticalización, que culmina hacia los cuatro/cinco años de edad, en el que es posible identificar algunos periodos (Cfr. Tabla 1.3). No obstante, se desconocen las razones por las cuales los niños abandonan el periodo de la palabra-frase y emiten enunciados de dos o más elementos; tal vez se deba a los cambios que experimenta la capacidad cognitiva del niño hacia los dieciocho meses de edad, en beneficio del desarrollo lingüístico (Tomasello y Brooks, 1999).

Tabla 1.3. Desarrollo morfosintáctico (Serra et al., 2000, 285)

Edad	Características más relevantes
0-12 meses	Pregramatical. Comprensión de algunas palabras.
12-18 meses	Pregramatical. Palabras aisladas. Holofrases. Amalgamas.
18-24 meses	Gramatical. Combinaciones de dos palabras. Habla telegráfica.
24-36 meses	Gramatical. Desarrollo de los recursos morfológicos y sintácticos.
36-48 meses	Gramatical. Uso adulto de los mecanismos gramaticales.

Los datos de esta tabla revelan que durante los dos primeros periodos (0-12 meses y 12-18 meses) los niños adolecen de una verdadera estructura gramatical, mientras que en los tres periodos siguientes el

uso de marcadores morfológicos y sintácticos progresa decididamente hasta alcanzar un nivel de competencia similar al del adulto. El proceso de gramaticalización culmina con la conquista de las denominadas regularidades gramaticales (López-Ornat, 1999).

La práctica y exposición a un mayor número de palabras y de construcciones lingüísticas complejas amplían las habilidades verbales del niño. Llama la atención la celeridad con la que los niños incorporan los enunciados negativos. Según Hernández Pina (1984), el término "no" aparece durante el "estadio de la palabra" y se generaliza en el "estadio de dos palabras", completándose definitivamente a los tres años. La estructura oracional más típica entre los 2 y los 2 ½ años es la secuencia Verbo-Sujeto-Objeto (López Ornat, 1990). El uso de la oración simple no esconde mayores secretos para el niño, aunque el empleo del sujeto, verbo y objeto posean sus propias peculiaridades a estas edades. El sujeto sólo puede estar representado por las tres primeras personas del singular, el verbo se usa en presente de indicativo, infinitivo, imperativo y pretérito perfecto, así como en la forma "ir a + infinitivo"; en cuanto al objeto, faltan algunas concordancias de género y número. El resultado es un lenguaje agramatical, en algunos casos, pero inteligible.

A partir de los treinta meses se incrementa la complejidad de la estructura oracional, que se hace cada vez más diversa. Tan pronto como el niño es capaz de captar la estructura de las oraciones, podrá desarrollar otros aspectos del lenguaje, como la concordancia o las flexiones de nombres o verbos (Moreno, García-Baamonde y Blázquez, 2010). Desde los 3 ½ años hasta los 5, el desarrollo morfosintáctico es muy rápido y se considera prácticamente concluido, aunque puedan apreciarse significativos avances en la estructura gramatical expresiva, en la comprensión de estructuras complejas y en el acceso a los distintos estilos del lenguaje (Crystal et al., 1984). Para López Ornat (1990), entre los 30 y los 36 meses la oración simple se amplía a todas las personas-sujeto, a muchos más tiempos verbales, y a diferentes casos que expresan objetos y circunstancias. Se observa la oración compuesta coordinada y las primeras subordinadas, no exentas de algunos errores gramaticales.

La existencia de un habla gramatical exige el dominio de los mecanismos sintácticos y morfológicos. La secuencia lógica de las palabras en la frase es lo primero que el niño aprende de la gramática adulta (Schlensinger, 1982), lo cual no difiere significativamente de lo que sucede en el desarrollo gramatical de los niños en otras comunidades lingüísticas (Bowerman, 1982), y sin que por ello se pueda "concluir que sea universal la frecuencia de desarrollo que sugieren" (Bowerman, 1982, 285). No obstante, Brown (1973) admite que el orden de adquisición de las estructuras sintácticas es universal, teniendo en cuenta la sucesión de los períodos del desarrollo gramatical y no la rapidez de su adquisición.

Sin embargo, la secuencia de adquisición es progresiva y variable, según los casos. Para Hernández Pina (1984), la ordenación de las palabras en la etapa telegráfica es libre, por lo que el contexto y la entonación son determinantes para la correcta interpretación de los enunciados.

Entre los 24 y 30 meses aparece el artículo en el lenguaje del niño. Para Triadó (1982), el indeterminado singular (un) es el primero en aparecer y luego el determinado, primero con la forma "a" (a nena) y después de manera correcta (la). En cuanto a los pronombres, los primeros que el niño utiliza son yo y tú, después él y ella, posteriormente nosotros, vosotros. Las preposiciones y los adverbios harán su aparición entre los 30 y los 36 meses. A esta misma edad, el desarrollo de las oraciones compuestas suele ser una realidad. Según Vila (1990), las primeras oraciones complejas, en forma de yuxtaposición, se producen alrededor de los 2 ½ años. Hacia los dos años aparecerá la conjunción "y" y después la partícula "pero", siendo la partícula "que" la utilizada en la subordinación (entre los 2 ½ y 3 años). El manejo de las oraciones no está exento de dificultades para el niño. Algunos estudios han detectado los principales problemas en el uso de las oraciones temporales y condicionales (Hernández Pina, 1984), otros han constatado el siguiente orden en la adquisición de la subordinación: final, de complemento directo, causal, de relativo, temporal (Aguado, 1995).

A partir de los tres años de edad, los niños adquieren las estructuras básicas de su idioma y se muestran competentes para estructurar sus mensajes de forma apropiada, siendo capaces de hacer un uso correcto y productivo de los recursos sintácticos y morfológicos básicos de su lengua (Serra et al., 2000). Lo cual no significa que ya no manifiesten incorrecciones en su habla. Resulta ilustrativo la regularización del tiempo pasado de determinados verbos irregulares (p.e., andó/anduvo), el inadecuado uso del gerundio (p.e., dormiendo/durmiendo) o del participio (p.e., escribido/escrito) o el empleo indebido de algunas estructuras. Según Storkel (2009), el aprendizaje de palabras obedece a la creación de nuevas representaciones léxicas y semánticas, relacionando esas nuevas representaciones con otras previas e interpretándolas con las representaciones fonológicas, léxicas y semánticas existentes. En efecto, en el aprendizaje de las palabras desempeñan un papel importante las representaciones fonológicas (referidas a sonidos individuales), las representaciones léxicas (referidas a las formas de las palabras) y las representaciones semánticas (referidas al significado o referente de una palabra).

Las investigaciones de Pérez Pereira (1989; 1991) han dado cuenta del proceso de adquisición de algunos morfemas nominales por los niños. Así, en el primer estudio, utilizando pseudopalabras, encuentra niños de 6 años que aún cometen errores en la utilización de "-s", "-es" para formar el plural. También señala que los diminutivos y aumenta-

tivos se adquieren como unidades inanalizables, considerando que a los 3 años los niños se muestran incapaces de separar la raíz del sufijo, lo que conlleva errores de sobrerregularización (rey-s) y sobregeneralización. En la investigación de 1991, el autor propone claves morfofonológicas y sintácticas para explicar la adquisición de los morfemas de género, constatando que los niños menores de 4 años emplean primero claves morfofonológicas (la terminación de palabra) y después sintácticas (artículo-palabra) para hacer corresponder los morfemas de género con las pseudopalabras. Al parecer, el morfema de género es el primero que adquieren los niños, debido a que una simple alternancia vocálica ("o" → "a") facilitaría su adquisición. Mayores dificultades presentaría el morfema de número donde la anexión de "-s" o "-es" o la aspiración del fonema /-s/ final y consiguiente abertura de la vocal precedente acarrearían mayores dificultades en edades tempranas.

Vila (1990), al estudiar la competencia comunicativa en los dos primeros años de vida del niño, señala que si los pronombres personales "mi", "me", "te", "se"... aparecen relativamente pronto, las formas del plural (nos, os...) son más tardías. También aprecia un cierto retraso en las formas del singular de los posesivos (mi-a, tuyo-a, suyo-a) y en los demostrativos, mientras que los reflexivos aparecen más temprano. Entre los errores observados durante la adquisición de los pronombres está la redundancia en su uso (mío-yo) y su incorrección en el orden (quiero pan yo).

Para Hernández Pina (1984), la adquisición de pronombres interrogativos sucede en torno a los dos años, de forma que hacia los 30 meses pocos aspectos de la interrogación son desconocidos. La primera interrogación negativa ocurre al final de los 20 meses.

En general, se ha constatado que la mayoría de los niños de 2 ½ años utilizan correctamente los artículos, las preposiciones, los adjetivos, los adverbios deícticos, las conjunciones y los determinantes (Aguado, 1995). Pero, si en un principio, el niño "mezcla en un todo" artículo y nombre [uapi → un lápiz], a partir de los 3 años, sostiene Soler (1984), la mayoría de los niños separan el sustantivo del artículo, observándose una prevalencia del artículo determinado sobre el indeterminado. A los 5 años, el 50%, utilizará ya el indeterminado frente al determinado. En suma, la oposición determinado/indeterminado es más compleja y se adquiere más tardíamente que las oposiciones de género y número.

En cuanto al empleo de las formas verbales, el presente, el infinitivo y el imperativo son los más utilizados inicialmente (Vila, 1990). Durante el tercer año de vida aparecen las formas de pasado y futuro, y las formas de imperfecto. Hernández Pina (1984) registra casos de gerundio, participio e infinitivo a los 22 meses y de imperativo a los 19 meses. La construcción "estar + gerundio + se" surge a los 30 meses. A esta edad, la tendencia a regularizar las formas de los verbos irregulares suele ser muy frecuente ("rompido, morido, sabo, escribido").

Cumplidos los cuatro años, el niño ya se muestra competente desde el punto de vista conversacional, aunque todavía está inmerso en un proceso de conquista del lenguaje. A partir de los 5 años, el niño posee un lenguaje similar al del adulto, que utiliza con solvencia en contextos y situaciones conversacionales muy distintas, aunque, como señala Owens (2003), todavía es posible advertir diversas incorrecciones, ya que menos del 50% de los niños de 6 años pueden producir correctamente todos los pronombres y gerundios, así como las relaciones causales entre proposiciones y menos del 20% emiten correctamente condicionales y participios. En cualquier caso, la edad es un predictor orientativo de evolución lingüística de un niño pero no un indicador suficiente para determinar el desarrollo de su lenguaje.

1.4. El desarrollo fonológico

La fonología es el estudio de las reglas para la formación de los sonidos del habla o fonemas y cómo dichos fonemas se unen para formar palabras. Estudia, pues, la organización lingüística de los sonidos que poseen un valor distintivo, además de la organización de las sílabas y de sus combinaciones para formar palabras y grupos fónicos.

Suele admitirse que el desarrollo fonológico es un fenómeno complejo, determinado no solo por la edad del niño sino también por otras variables como el nivel educativo, el sexo o la cultura (Pávez et al., 2009). Conocida es la incidencia que el nivel socioeconómico tiene sobre el desarrollo del lenguaje y sobre el desarrollo semántico y léxico de los niños. Pero si algo caracteriza la comunicación temprana del bebé es la ingente cantidad de sonidos, más o menos indiferenciados, que emite desde su nacimiento, especialmente cuando trata de responder a los incitantes tonos de voz del adulto (Crystal, 1994). En la producción de los sonidos iniciales (0-12 meses), se han propuesto varios estadios de desarrollo (Cfr. Tabla 1.4).

Tabla 1.4. Estadios de desarrollo en la producción de los sonidos iniciales (Crystal, 1994)

Estadio	Edad	Caracterización
Estadio I	(0-8 semanas)	ruidos biológicos básicos
Estadio II	(8-20 semanas)	arrullo y risa
Estadio III	(20-30 semanas)	juego vocal
Estadio IV	(25-50 semanas)	balbuceo
Estadio V	(9-18 meses)	emisión melódica

A partir de las aportaciones de diferentes autores, Peña, Pittaluga y Farkas (2010, 13) subrayan la importancia de la adquisición fonológica en los siguientes términos:

- Se inicia tras el nacimiento; en la vida intrauterina, el sonido del habla se filtra sobre los 500 Hz e impide el acceso a toda información pertinente a la distinción de fonemas.
- En nacidos a término, alcanza el estado maduro hacia los 12 meses de edad.
- Refleja procesos activos de especialización perceptual que son cruciales para el desarrollo lingüístico.
- Tiene un valor predictivo del desarrollo cognitivo posterior.

Es evidente que desde el nacimiento los niños exploran de manera inconsciente su capacidad vocal, mediante la producción de llantos, gorjeos y vocalizaciones. Las significativas transformaciones del sistema orofonatorio del bebé, durante el primer año de vida, facilitan la aparición de múltiples sonidos, vocálicos y consonánticos, con los que juega y llama la atención incesantemente. La evolución motriz y progresiva mejora del control bucofonatorio se aprecia ya en la etapa del balbuceo, típica del periodo prelingüístico. Paulatinamente, de los seis a los doce meses, incrementan su repertorio comunicativo con la información que reciben de su entorno, al tiempo que aumenta su capacidad para captar los elementos prosódicos del lenguaje, lo que le permite elaborar incipientes esquemas de comunicación. Esta creación del repertorio de fonemas de la lengua materna es una tarea crucial en los bebés de menos de un año e indispensable para los futuros avances en el desarrollo lexical durante los siguientes años (Werker y Yeung, 2005). Algunos estudios han demostrado que los bebés nacen con habilidades para discriminar una amplia variedad de contrastes fonéticos (Kuhl, 2004), y que la exposición a la lengua materna inicia, mantiene y mejora sus habilidades fonológicas al tiempo que la privación al habla en niños pequeños genera serios problemas para el desarrollo fonológico posterior (Johnson y Newport, 1991; Newman et al., 2002).

La mejora del control motriz ocasiona una progresión sorprendente desde el punto de vista fonológico. Los gorjeos, balbuceos y laleos allanan el camino hacia una mayor diferenciación fonética y facilitan la producción de diversos sonidos consonánticos y una mayor potencialidad comunicativa, que el adulto interpreta a partir de los comportamientos del niño. La articulación de la primera palabra no está lejos. En efecto, en torno al año de vida tiene lugar este relevante hito lingüístico en la adquisición del lenguaje, debido fundamentalmente a su mayor control fonatorio, a su capacidad para percibir una secuencia fónica e integrarla de forma lógica en una emisión verbal. Estas primeras palabras suelen

mantener una estructura silábica estable (CV → ma -más- o VCV → aba -agua-), cuya comprensión es posible gracias al contexto.

Conviene, sin embargo, no ignorar la existencia de una etapa de transición entre las emisiones silábicas y la conquista de la primera palabra por el niño. Expresiones del tipo "ma-ma", "ta-ta", "na-na" (duplicaciones silábicas) suelen carecer de valor semántico y constituyen una aproximación a lo que se considerará primer lenguaje o emisión de la primera palabra, la cual, para ser considerada como tal, debe (Gallego, 2006): a) poseer una intención comunicativa; b) mantener una relación fonética con una única palabra real; c) mostrar sistematicidad en su uso para designar un mismo referente.

En general, suelen distinguirse cinco etapas características en el desarrollo del habla en el niño:

1. Llanto indiferenciado, como respuesta puramente refleja a un estímulo (externo o interno).
2. Llanto diferenciado, como respuesta a diferentes tipos de estímulos o necesidades (sueño, hambre).
3. Balbuceo, entre los 4 y 10 meses de edad, el niño reproduce sonidos vocálicos y consonánticos (labiales, guturales, dentales y nasales) para comunicarse con su madre.
4. Ecolalia, imitación de sonidos que escucha de quienes le rodean.
5. Habla, cuando comienza el uso de formas de expresión propias.

Paulatinamente el repertorio de sonidos del niño va evolucionando en cantidad y calidad hacia el sistema de sonidos adulto, debido fundamentalmente al progresivo dominio de la respiración y al mayor control de los movimientos de la laringe, la lengua y el paladar. Es así como hacia los tres años los niños poseen suficientes habilidades bucofonatorias para articular la mayoría de los fonemas de su lengua, aunque los trastornos articulatorios puedan perdurar aún. Y hacia los cuatro años, según Ingram (1983), son capaces de sustituir las primitivas reglas fonológicas inducidas por el sistema de reglas maduro del adulto, si bien algunos niños pudieran no dominar la articulación de algunos fonemas hasta cumplidos los 6 años de edad. Diversas razones avalan este hecho (Serra et al., 2000):

1. Las diferencias individuales, variables dialectales y variedad de idiolectos familiares impiden la existencia de un hablante ideal en una lengua.
2. Es una evidencia la presencia de alófonos o variantes en un mismo fonema (lo que propicia el hecho de que unos puedan adquirirse antes que otros), así como la existencia de diferentes métodos de estudio en el establecimiento del orden de adquisición de los fonemas.

3. Existen diferencias significativas en cuanto al porcentaje de aciertos en las producciones infantiles y en cuanto al número de niños que debe incluir una muestra para que se considere "normativa".

En cualquier caso, los autores han constatado tendencias comunes en el proceso de adquisición del sistema fonológico, aunque no es descabellado admitir que la conquista de los fonemas depende básicamente de la dificultad que entraña su realización acústica en términos de motricidad. Rondal (1982) señala que la "a" es la primera vocal que emerge, y que el primer fonema consonántico es la /b/, la /p/ o la /m/. Después aparecerían los fonemas /t/, /k/, y a continuación la /d/ y la /g/. Seguidamente surgen los fonemas /f/, /l/ y /r/, mientras que los fonemas /ĉ/, /x/ y /s/ lo hacen más tardíamente, junto con la /θ/.

Bosch (1982), en su estudio, encontró una secuencia de dominio articulatorio que va desde las consonantes nasales y oclusivas hasta las fricativas, las líquidas y los grupos consonánticos. La realización de diptongos decrecientes presenta una dificultad mayor. Una primera etapa del desarrollo fonológico finalizaría en torno a los 4 años, completándose el proceso a la edad de 6 ó 7 años, aproximadamente.

Para no ser exhaustivos, si se toman en consideración diferentes estudios realizados en nuestra lengua acerca de la adquisición del sistema fonológico por los niños, es posible señalar algunas tendencias habituales o criterios generales de conquista (Gallego, 2006):

- La adquisición de los sonidos se produce de forma gradual.
- El sistema vocálico se alcanza mucho antes que el consonántico.
- El sistema consonántico suele producirse de acuerdo con la siguiente tendencia:
  * En cuanto al modo de articulación, los fonemas nasales, oclusivos y semivocálicos se adquieren antes que el africado, los fricativos o los líquidos.
  * En cuanto al punto de articulación, la secuencia sería: labiales, dentales, velares y labiodental.
- Los sonidos que se llegan a dominar más tardíamente serían la [r], la [ʎ], algunos fricativos (p.e. [s]) y los grupos consonánticos (sinfones).

En todos los casos, en la adquisición progresiva y gradual del sistema fonológico, los niños recurren al uso de diferentes reglas, identificándose tres procesos fonológicos (Ingram, 1983) como se advierte en la siguiente tabla (Cfr. Tabla 1.5): relacionados con la estructura de la sílaba y la palabra, de sustitución y de asimilación. Los procesos relacionados con la estructura de la sílaba y la palabra son procedimientos que utiliza el niño para reducir sus sílabas a "consonante (C) + vocal (V)" (p.e., "ten" por tren; "fa_te" por elefante). Los procesos de asimilación,

por su parte, consisten en reemplazar fonemas para hacerlos similares o idénticos a otros presentes en la palabra modelo o en la emitida por el niño (p.e., "fufanda" por bufanda). Los procesos de sustitución son estrategias en las que se cambian clases de fonemas por miembros de otra clase o fonemas de una misma clase entre sí (p.e. "pinete" por jinete). Este desarrollo fonológico, como sostienen Sutherland y Guillon (2005), se ve favorecido con la explosión léxica en torno a los 10 ó 20 meses, que contribuye a una permanente reorganización de la representación fonológica de la palabra en los niños. Sin embargo, el uso de estos procesos fonológicos de simplificación disminuye significativa y progresivamente entre los 3 y los 6 años (Bosch, 2004; Pávez et al., 2009), de tal manera que entre los 4 y los 6 años se completa el código fonológico (Etchepareborda, 2003).

Tabla 1.5. Procesos fonológicos de simplificación del habla (Gallego, 2006, 154)

DENOMINACIÓN	EJEMPLO	EDAD DE SUPERACIÓN
1) Procesos de simplificación de la estructura de la sílaba:		
– Omisión de consonantes a final de sílaba o palabra.	– "tambó" por tambor.	– Desaparece hacia los 6 años.
– Simplificación de grupos consonánticos.	– "pato" por plato.	– Desaparece hacia los 7 años.
– Omisión de consonantes iniciales.	– "armen" por Carmen.	– Desaparece hacia los 3 años.
– Supresión de sílabas átonas.	– "tana" por ventana.	– Desaparece hacia los 3 años.
– Reducción de diptongos a un solo elemento.	– "dente" por diente.	– Desaparece hacia los 7 años.
– Inversión de sonidos.	– "pierda" por piedra.	– Desaparece hacia los 3 años.
– Inserción de sonidos.	– "palato" por plato.	– Desaparece hacia los 3 años.
– Reducción de consonantes que coinciden pero que no forman grupo.	– "lápara" por lámpara.	– Desaparece hacia los 3 años.
2) Procesos de asimilación:		
* Asimilaciones labiales. * Asimilaciones palatales. * Asimilaciones interdentales. * Desnasalización por contacto con consonante no nasal. * Asimilaciones velares. * Asimilaciones alveolares. * Asimilaciones dentales. * Asimilaciones nasales.	* (p. e. globo —> "bobo"). * (p. e. flecha —> "ceca"). * (p. e. flecha —> "0e0a"). * (p. e. mosca —> "poca"). * (p. e. rojo —> "gojo"). * (p. e. libro —> "liblo"). * (p. e. cristal —> "tristal"). * (p. e. tambor —> "tambon").	– Desaparecen hacia los 5–6 años

.../...

.../...

3) Procesos de sustitución:		
3.1. Referidos a las oclusivas:		
– Frontalización.	– "tasa" por casa.	– Desaparece hacia los 4 años.
– Posteriorización.	– "caza" por taza.	– Infrecuente a los 3 años.
– Pérdida de sonoridad de consonantes sonoras.	– "pola" por bola.	– Desaparece hacia los 3 años.
– Fricatización de oclusivas.	– "jorro" por gorro.	– Desaparece hacia los 3 años.
– Nasalización de oclusivas.	– "meso" por beso.	– Infrecuente después de 3 años.
3.2. Referidos a las fricativas:		
– Oclusivización de fricativas	– "plecha" por flecha.	– Desaparece hacia los 3 años.
– Protusión de la lengua (incluye el ceceo).	– "cilla" por silla.	– Desaparece hacia los 6 años.
– Sonorización de fricativas sordas.	– "buego" por fuego.	– Desaparece hacia los 3 años.
– Aspiración de /s/ ante oclusiva (puede ser dialectal).	– "mohca" por mosca.	
– Pérdida de africación.	– "shaqueta" por chaqueta.	
– Palatalización de fricativas.	– "bolcho" por bolso.	
– Sustitución de fricativas interdentales no estridentes (/θ/) por fricativas anteriores estridentes (/f/, /s/).	– "tafa" por taza.	
3.3. Referidos a las líquidas:		
– Lateralización de líquidas vibrantes.	– "pelo" por perro.	– Tienden a desaparecer hacia los cinco años, aunque pueden prolongarse hasta los siete.
– Ausencia de vibrante simple o múltiple.	– "pedo" por perro.	
– Conversión en líquida de la linguodental sonora /d/.	– "espara" o "espala" por espada.	
– Semiconsonantización de líquidas que	– "wojo" por rojo.	
pasan a /w/ o /x/.		

En el estudio del desarrollo fonológico, realizado por Pávez et al. (2009, 115), con una muestra de 360 niños, que se distribuyeron en cuatro rangos de edad (3, 4, 5 y 6 años) con 90 niños cada uno, y cada rango formado por 30 niños de nivel socioeconómico medio bajo, 30 niños de nivel medio y 30 de nivel medio alto, se concluye lo siguiente:

a) La edad es un factor fundamental, puesto que se advierte una significativa eliminación de procesos de simplificación fonológica en la emisión de palabras desde los 3 a los 6 años.
b) Los distintos tipos de procesos se emplean de modo diferente en las edades estudiadas, apareciendo las asimilaciones como

Biblioteca de La FCDAPD
Universidad Central del Ecuador

procesos tempranos usuales a los 3 años, los relacionados con la estructura de la sílaba y la palabra como los más frecuentes en todos los rangos etarios y los de sustitución muy poco utilizados a partir de los 5 años.

c) El nivel socioeconómico incide significativamente, en particular diferenciando a los niños de nivel medio bajo, que aparecen con menor desarrollo, de los de nivel medio alto.

d) El género no influye en el uso de procesos de simplificación.

El desarrollo fonológico consistiría en la eliminación paulatina de estos procesos –muy frecuentes entre los 3 y los 4 años de edad– por parte del niño, mediante la activación de diferentes estrategias. Durante esta etapa de simplificación del habla, los niños gustan de comunicarse de forma verbal, mediante una progresiva estructuración de la sintaxis básica y aumentando constantemente su vocabulario comprensivo y expresivo, hasta alcanzar la inteligibilidad de su habla, hazaña relevante para mejorar el uso social del lenguaje en su entorno. La adecuada pronunciación de los sonidos del lenguaje es una habilidad que el niño ha de adquirir a lo largo de su desarrollo.

A tenor de lo expuesto, resulta aconsejable señalar algunos de los signos de alarma que permiten a padres y educadores sospechar sobre la existencia de un posible retraso en el desarrollo del lenguaje (Cfr. Tabla 1.6).

Tabla 1.6. Signos de alarma sobre el desarrollo del lenguaje

EDAD	SIGNOS DE ALARMA
0-3 meses	Ausencia de respuestas reflejas ante un sonido No reacciona a los ruidos, a la voz... No sigue con la mirada un objeto cercano
3-6 meses	Ausencia de vocalizaciones y sonidos Elude la imitación de vocalizaciones del adulto No hace ruido con sus labios Cuando se le habla no contesta con vocalizaciones No responde a la voz o los sonidos
6-12 meses	No vocaliza para llamar la atención No hay respuesta a las llamadas de atención del adulto No reconoce cuando se nombra a "mamá" y "papá" Ausencia de respuestas motrices ante demandas No busca la fuente de un sonido No balbucea No repite sílabas No comprende palabras y órdenes sencillas: "ven", "dámelo" No reacciona a su nombre

.../...

SIB-UCE

Biblioteca de La FCDAPD
Universidad Central del Ecuador

.../...

12-18 meses	No dice "papá" y "mamá" con contenido semántico No señala objetos ni personas familiares cuando se le nombran No responde de forma diferente a distintos sonidos No nombra algunos objetos familiares No entiende frases cortas sin gestos No comprende órdenes sencillas No reconoce los ruidos familiares No dice algunas palabras reconocibles No señala con el dedo lo que desea
18-30 meses	No responde a su nombre No combina palabras No entiende órdenes complejas
2 ½ -3 años	Habla ininteligible No responde a preguntas sencillas No dice frases con dos palabras
4-5 años	Abundantes dificultades articulatorias Dificultad para comprender términos espaciales y temporales Dificultad para encontrar el nombre de la palabra adecuada (disnomia) Evitación social de otros niños Dificultades en el uso de tiempos verbales
5-6 años	Limitaciones evidentes en el uso social del lenguaje

2. Principales trastornos del lenguaje oral

El lenguaje y el habla son fenómenos complejos, cuyo desarrollo puede verse afectado por numerosas y diferentes variables (endógenas y exógenas). La importancia de los factores genéticos o ambientales en la aparición del lenguaje en los niños acarreó uno de los debates más apasionantes en el terreno psicolingüístico. En la actualidad es comúnmente admitido que el ser humano está dotado de una facultad especial para adquirir el lenguaje cuyo desarrollo reclama la presencia de los estímulos del entorno. Si bien este principio general de acuerdo acerca de la necesaria confluencia entre lo genético y lo ambiental para el desarrollo del lenguaje no oculta el sinfín de interrogantes que aún persisten.

Desde un punto de vista anatómico, el desarrollo lingüístico de un niño depende fundamentalmente de la integridad de los sistemas visual y auditivo, de la probidad morfológica de los órganos de la fonación

y del sistema nervioso central, así como de un adecuado control de la respiración. Desde el punto de vista contextual, es necesaria, además, una interacción sistemática del niño con su entorno. Y ello sin ignorar que, para que exista una comunicación eficaz, son también necesarias ciertas habilidades cognitivas, dado que (Moreno, García-Baamonde y Blázquez, 2010, 195): a) el manejo de los verbos implica un dominio de la temporalidad; b) la adquisición de vocabulario requiere el uso de la memoria y de la capacidad de pensamiento abstracto a medida que se va adquiriendo un vocabulario más amplio y complejo; d) para que un discurso sea coherente, se necesita la capacidad de planificación y el manejo de los conceptos que este discurso incluye; e) el discurso conlleva la elaboración previa de interpretaciones e ideas acerca del mundo; f) tanto desde el principio del aprendizaje en el que el niño escucha el lenguaje adulto, como a lo largo de la vida en las situaciones de comunicación utilizamos nuestra capacidad de análisis y síntesis.

No son pocos los estudios que han hallado una significativa correlación entre el lenguaje y la inteligencia. Pero al analizar la asociación entre distintos factores con el desarrollo del lenguaje y la inteligencia destaca que factores biológicos y hereditarios tuvieron asociación con el desempeño en el área de lenguaje, mientras que factores ambientales y sociales tuvieron mayor impacto en el desempeño cognitivo (Schonhaut et al., 2008). El lenguaje implica, pues, diversas capacidades cognitivas que tienen bases genéticas y neurológicas también diferenciadas (Stromswold, 2008). Sin embargo, estas condiciones que contribuyen al desarrollo del lenguaje no siempre son suficientes para asegurar la ausencia de dificultades de lenguaje, dada la variabilidad interpersonal y la calidad que se establece en las relaciones de comunicación.

Se conoce la relevancia que las interacciones adulto-niño poseen para la conquista del lenguaje, a partir de juegos de actividad conjunta o mediante la narración de historias significativas que estimulan la capacidad comunicativa y el deseo de hablar de los más pequeños. Por ello, la ausencia de estimulación o existencia de una atención inadecuada (p.e., no respetar el momento evolutivo o las capacidades del niño) pueden desembocar en retrasos en la adquisición y desarrollo del lenguaje, si se tienen en cuenta aspectos fundamentales para su desarrollo, como son los físico-biológicos, cognitivos, emocionales o sociales (Moreno, García-Baamonde y Blázquez, 2010).

Pero las causas que pueden generar trastornos de lenguaje no son unívocas ni de carácter específico. Los trastornos de lenguaje comprometen los procesos de comprensión y expresión verbal e interfieren en la interacción comunicativa del niño con su entorno. Por eso, cuando se habla de "trastorno del lenguaje", se hace referencia a cualquier dificultad que retrasa, interfiere o enlentece la capacidad de un niño para comunicarse con los demás, por medio del lenguaje hablado. El término "trastorno",

que ha de entenderse en un sentido genérico, es análogo a otros (disfunción, dificultad, perturbación, desorden, defecto, alteración), y puede tener un carácter transitorio (p.e., un trastorno articulatorio de tipo evolutivo) o permanente (p.e., una alteración comunicativa por daño cerebral o pérdida auditiva), cuyas causas muy dispares responden a necesidades muy diferentes. Siempre que se habla de trastornos del lenguaje se cuestiona la adquisición, el desarrollo, la comprensión o la expresión verbal, y se vincula con la afectación de todos o alguno de sus componentes: fonológico, semántico, morfosintáctico o pragmático.

Por ello, resulta complejo establecer una clasificación general de los trastornos del lenguaje que sea comúnmente admitida, ya que los criterios utilizados son sensiblemente diferentes, y las propuestas clasificatorias muy heterogéneas y por tanto arbitrarias, en función de los criterios manejados. Los dos grandes sistemas internacionales de clasificación, la CIE-10 de la Organización Mundial de la Salud y el DSMIV-TR de la Asociación Americana de Psiquiatría, clasifican estos trastornos de forma diferente, atendiendo a criterios diversos. Si bien nadie duda de su utilidad por cuanto contribuyen a instaurar una base común para el entendimiento y orientar la práctica psicopedagógica.

Apelando al criterio de prevalencia, los trastornos del lenguaje en la edad infantil se pueden ordenar en dos grandes grupos (Cfr. Cuadro 1.2):

a) Trastornos del lenguaje más frecuentes (o habituales);
b) Trastornos del lenguaje menos frecuentes (o esporádicos). En todos los casos, es importante establecer lo antes posible un diagnóstico presuntivo y aventurar un pronóstico, teniendo en cuenta que el problema puede ser específico o pertenecer a un cuadro psicopatológico más amplio.

En definitiva, los desórdenes del lenguaje oral constituyen un grupo de trastornos con alta prevalencia dentro de la población infantil. Se trata de un grupo heterogéneo que abarca desde simples problemas de articulación de un fonema hasta dificultades graves de comunicación, como las disartrias infantiles. Es por ello que los primeros años de vida son cruciales para el desarrollo general del ser humano; en ellos se ponen los cimientos para un crecimiento saludable y armonioso del niño. De ahí que resulte fundamental identificar los trastornos del lenguaje, ya que estos inciden de forma significativa en el normal desarrollo social y cognitivo de los niños. Las investigaciones demuestran que la identificación y el tratamiento de los trastornos del lenguaje han de procurarse durante los primeros años de vida, lo cual contribuye a remediar el problema evidente de la desigualdad de oportunidades. En efecto, las intervenciones tempranas y adecuadas pueden aminorar las repercusiones sobre el desarrollo general del niño, siendo conveniente la definición de algunos conceptos y el establecimiento de alguna clasificación para facilitar la comprensión de estos problemas.

Cuadro 1.2. Clasificación de los trastornos del lenguaje en el niño

TRASTORNOS DE LENGUAJE/HABLA/VOZ MÁS FRECUENTES	Trastornos en la articulación	Trastornos fonológicos
		Trastornos fonéticos
	Trastornos en la voz	Disfonías (ronqueras)
		Afonías
	Retrasos de lenguaje	Retrasos simples de lenguaje
TRASTORNOS DE LENGUAJE/HABLA MENOS FRECUENTES	Trastornos en la articulación de carácter orgánico	Disglosias (dislalias orgánicas)
		Dislalias audiógenas
		Disartrias
	Trastornos en el habla	Tartamudez infantil (disfluencias)
	Retrasos de lenguaje	Disfasias (TEL)
		Afasias
	Mutismo	

3. A modo de síntesis

De acuerdo con Damasio y Damasio (1992), tres sistemas principales sustentan funcionalmente el lenguaje:

1. Un sistema operativo o instrumental, que ocupa la región perisilviana del hemisferio dominante y que incluye el área de Broca y el área de Wernicke.
2. Un sistema semántico, que abarca grandes extensiones corticales de ambos hemisferios.

3. Un sistema intermedio organizado modularmente, que sirve de mediación entre los dos anteriores y que se ubica alrededor del sistema instrumental.

Tradicionalmente, no obstante, el desarrollo del lenguaje en el niño se describe a partir de fases cronológicas que representan la conquista de hitos significativos, en términos lingüísticos. El período preverbal se corresponde con el primer año de vida, edad en la que prima la comunicación mediante gestos e interacciones físicas. Hacia el segundo mes aparece el balbuceo y, a partir del sexto mes, las producciones verbales del bebé se enriquecen con la presencia de sílabas repetidas (balbuceo canónico). En torno a los 12 meses hacen su aparición las primeras palabras identificables, siendo hacia 18 ó 20 meses cuando el niño se inicia en la unión de dos palabras para construir así las primeras frases. Paulatinamente se perfecciona su capacidad productiva de manera que hacia los 3 años el niño posee ya un lenguaje comprensible para extraños. Es así como entre los 2 y los 5 años se desarrolla la capacidad para articular y se instaura el sistema fonológico, el vocabulario se amplía y se incrementa su capacidad de abstracción. Cumplidos los 6 años, se puede apreciar en el habla del niño una correcta articulación fonemática y una suficiente competencia conversacional. Pero, durante todo ese proceso, los trastornos de comunicación y lenguaje no son ninguna excepción. Para Chiat (2001), los niños con problemas de lenguaje tienen problemas con las palabras, ya sea a la hora de comprenderlas, utilizarlas o pronunciarlas, habida cuenta de que cada palabra reúne diferentes tipos de información: a) fonológica, es decir, un patrón sonoro; b) semántica, esto es, el significado al que hace referencia; c) sintáctica, o sea, la relación que mantiene con otras palabras.

En todo caso, la prevención, evaluación y reeducación de estos problemas han de ocupar un lugar privilegiado en la preocupación de logopedas, padres y educadores. El objetivo último de la intervención en los trastornos del lenguaje es conseguir que los niños produzcan conductas lingüísticas naturales en los entornos habituales en los que han de responder a las relaciones sociales que también se suceden de forma natural.

ANEXO I. PROTOCOLO DE OBSERVACIÓN

PROTOCOLO DE OBSERVACIÓN PARA LA DETECCIÓN DE PROBLEMAS DE LENGUAJE EN EL AULA				
Indicadores	**Apreciación**			**Observaciones**
	1	2	3	
– Se descarta déficit sensorial (auditivo)				
– Se descarta déficit motor				
– Se descarta discapacidad mental				
– Se descarta trastorno psicopatológico				
– Se descarta privación socio-afectiva				
– Se descarta disfunción cerebral evidente				
– Discrimina ruidos y sonidos del cuerpo				
– Discrimina ruidos y sonidos de animales				
– Discrimina ruidos y sonidos del ambiente				
– Dificultades para seguir sencillos ritmos				
– Dificultades para identificar la fuente sonora sin apoyo visual				
– Dificultades para identificar la fuente sonora con apoyo visual				
– Problemas para mantener la atención				
– Problemas en la imitación de gestos y posturas				
– Errores articulatorios (especificar)				
– Omisión de algunos fonemas (especificar)				
– Sustitución de algunos fonemas (especificar)				
– Adición inadecuada de algunos fonemas (especificar)				
– Distorsión de algunos fonemas (especificar)				
– Inversión de algunos fonemas (especificar)				
– Léxico reducido				
– Problemas en la comprensión temporoespacial				
– Dificultades para reproducir onomatopeyas				
– Lenguaje ecolálico				
– Lenguaje "bebé" (infantilizado)				
– Lenguaje telegráfico				
– Expresión en jerga				
– Expresión gravemente afectada				
– Ritmo irregular en el habla, habla acelerada				
– Disfluencias en el habla				
– Vacilaciones, tensión, bloqueos en la expresión				
– Anomalías en la respiración				
– Gestos faciales inadecuados, espasmos... al hablar				
– Lesiones o anomalías en las estructuras óseas y musculares de los órganos bucofonatorios (especificar)				
– Desórdenes en el control motor del habla				
– Retraso en la aparición del lenguaje				
– Retraso en el desarrollo del lenguaje				

1 (Sí), 2 (A veces), 3 (No)

Indicadores	**Apreciación**			**Observaciones**
	1	2	3	
– Sobreprotección familiar				
– Deprivación ambiental				
– Uso social del lenguaje (funciones del lenguaje)				
– Lenguaje funcional para la vida diaria				
– Disfunciones morfosintácticas				
– Agramatismo				
– Dificultades de comprensión				
– Comprensión gravemente afectada				
– Problemas en la memoria secuencial				
– Antecedentes familiares con problemas de lenguaje				
– Vivencias traumáticas				
– Se niega a hablar, excepto con su familia				
– Frecuentes conductas de aislamiento				
– Esfuerzos vocales continuos				
– Voz frecuentemente ronca				
– Respiración inadecuada o ruidosa				
– Mal uso vocal				
Otras observaciones				
Valoración inicial				

1 (Sí), 2 (A veces), 3 (No)

2 Trastornos fonológicos y fonéticos

La correcta articulación del lenguaje requiere la movilidad armónica de tres grupos de órganos: los órganos de la respiración, los de la fonación y los de la articulación. A través de la respiración, el aire espirado sale desde la laringe, por la faringe, a la boca, en donde la posición adoptada por los diversos órganos (faringe, laringe, paladar, mandíbula, lengua y labios) al producir un sonido (voz) se conoce con el nombre de articulación, siendo, por tanto, los distintos órganos respiratorios, fonadores y articulatorios, los encargados de modelar la salida del aire para producir el sonido deseado.

Los trastornos fonológicos y fonéticos, que aluden a la articulación del lenguaje, son las disfunciones más frecuentes en el contexto escolar, y vaticinan una alteración en la articulación fonemática (omisión, distorsión, sustitución, inversión o adición) por problemas perceptivos o de representación mental de los sonidos o por una incoordinación motriz de los órganos implicados en la articulación del lenguaje. La persistencia de estos trastornos compromete la comunicación de los niños y puede generar problemas en el aprendizaje del lenguaje escrito. Si bien la investigación ha revelado que los procesos de simplificación del habla que generan estos trastornos disminuyen a medida que la edad aumenta y son infrecuentes a partir de los 6 años de edad.

1. Caracterización de los trastornos

En perspectiva histórica, dentro de las patologías del habla, los intentos por establecer diferencias entre las dificultades articulatorias no son nuevas, apreciándose diferentes propuestas clasificatorias según los criterios que las sustentan: fonemas afectados, número y persistencia de errores o causas que los provocan. De acuerdo con González Valenzuela (2006), en la actualidad la tipología y caracterización de estos trastornos está sujeta a distintas hipótesis explicativas sobre la adquisición fonológica, y más concretamente a la hipótesis psicolingüística. El modelo psicolingüístico

se ha revelado en los últimos años como una herramienta adecuada para describir, evaluar e intervenir los trastornos fonológicos, al asumir (Cervera e Igual, 2003): (1) que el procesamiento del habla permite a los seres humanos procesar los significantes de las palabras independientemente de conocer sus significados; (2) que el procesamiento del habla forma parte del sistema de procesamiento lingüístico, pero, hasta cierto punto, funciona con independencia del procesamiento de otros niveles de la lengua.

Actualmente, entre las dificultades articulatorias o alteraciones en el desarrollo del habla, se diferencia entre trastornos fonéticos y trastornos fonológicos (Cfr. Cuadro 2.1 y Tabla 2.1). Si bien hay que advertir que esta distinción (dificultades fonológicas versus fonéticas) rara vez se muestra de forma nítida en la práctica, ya que lo más frecuente es constatar trastornos mixtos, que presentan déficits de base articulatoria y habilidades fonológicas inadecuadamente desarrolladas, por evidentes dificultades perceptivas. La existencia de estas alteraciones en las que tanto el componente articulatorio como el propiamente fonémico están afectados hace que el trastorno del desarrollo fonológico se siga utilizando como término genérico para todo tipo de problemas de habla, en los que se ve afectada la producción o articulación, la percepción y/o la representación mental de los sonidos de la lengua (Bosch, 2003).

Cuadro 2.1. Características de los trastornos fonológicas, según Aram y Nation (Chevrie-Muller, 2001, 197).

- Las alteraciones de fonemas no son sistemáticas.
- Fonemas alterados en palabras pueden ser repetidos correctamente en sílaba aislada.
- Las dificultades aumentan con la longitud de la palabra (con dificultad creciente de metátesis).
- Una misma palabra puede ser alterada de manera diferente cada vez (se observan incluso ensayos sucesivos, p.e., "jarache..., jabaje..., jababe..., jarabe".

Tabla 2.1. Las dificultades fonológicas y fonéticas (Bruno y Sánchez, 2001)

		Articulación	**Coarticulación**	
		Características	*Consecuencias*	*Síntomas*
Fonológicas	*Percepción auditiva*	• Sustitución del sonido por otro de su misma categoría conceptual. • Sustitución del sonido por otro de distinta categoría conceptual.	• Mensaje ininteligible por asimilación de criterios fonológicos. • Errores no codificables por desorden secuencia.	• Cambio sordo-sonoro = sonoro-sonoro. • Cambio sonoro-sordo = sordo-sordo. • Cambio plosivo-fricativo = plos.-plos. • Fricat.-plosivo = fricat.-fricat.
	Madurez audiológica	• Distorsión del sonido con carácter explosivo. • Distorsión del sonido con carácter fricativo.	• Ensordecimiento y africación. • Sonorización y nasalización.	• Anticipaciones. • Reduplicaciones. • Trasposiciones. • Similitud de conceptos entre sonidos de la misma o distinta categoría.

.../...

.../...

Fonéticas	*Praxis bucofonadora*	• Cambios por motilidad y omisiones. • Aspiración de sonidos y silabas iniciales. • Reducción silábica: sonidos medios y finales.	• Inconsistencia silábica. • Rinolalia cerrada. • Arritmia verbal.	• Rotacismo. • Sigmatismo. • Líquidos e inversos omitidos por reducción o latencia.
	Hábitos articulatorios	• Retroacción o protrusión lingual. • Oposiciones horizontales fijas. • Oposiciones verticales fijas.	• Deficiencias miofuncionales. • Deficiencias propioceptivas. • Deficiencias de coordinación visomotriz.	• Errores de diptongación creciente. • Guturalización. • Labialización. • Lalismo. • Farfulleo.

1.1. Los trastornos fonéticos

Para la correcta articulación de los sonidos del lenguaje es necesario, según Crystal (1983), que el articulador activo se mueva en la dirección correcta hacia el articulador pasivo, a la velocidad adecuada, manteniendo la forma conveniente, haciendo la cantidad justa de contacto superficial, y realizando la presión exacta. La ausencia de estas condiciones propicia la aparición de los denominados trastornos articulatorios o perturbaciones en la producción de las unidades fonéticas que componen el habla (González Valenzuela, 2006), que se asocian a dificultades en la realización de uno o varios fonemas como consecuencia de una inadecuada colocación de los órganos articulatorios para producir los fonemas específicos de cada lengua.

Los trastornos fonéticos se aprecian en la articulación de determinados fonemas de forma aislada y especialmente en aquellos que exigen una mayor precisión y control motriz (/r/, /s/, /d/, /l/). En estos casos la dificultad es idéntica y el sonido se reemplaza siempre por una misma realización errónea (Bosch, 2003; González Valenzuela, 2006). Las dificultades fonéticas se vinculan con procesos fisiológicos, de realización articulatoria propiamente dicha, con unos rasgos característicos de "insensibilización orgánica", de incoordinación motriz, quedando alterado el ritmo vocálico por la inconsistencia de la praxis fonatoria y la imprecisión al producir sonidos contrastados (Bruno y Sánchez, 2001). Son, por tanto, trastornos de la producción del habla de carácter fisiológico, en los que con frecuencia existen errores aislados que no forman patrones ni se ajustan al criterio de los procesos fonológicos, observándose cierta tendencia a presentar errores por distorsión más que por sustitución (González Valenzuela, 1994). Estos trastornos en la producción o pronunciación de los sonidos están relacionados con la ejecución neuromotora, con la capacidad de los órganos articulatorios para adoptar las posiciones que les permitan producir correctamente un fonema concreto.

El uso de técnicas basadas en la fonética articulatoria proporciona indudables satisfacciones a los educadores a la hora de mejorar el habla de sus alumnos, dado que informa acerca de cómo los órganos de la articulación realizan los sonidos del lenguaje, pero también posee evidentes limitaciones (Cervera e Ygual, 2003). No es infrecuente toparse con niños de 4 ó 5 años capaces de articular todos los fonemas de su lengua en sílabas aisladas, pero que en sus producciones espontáneas sustituyen o alteran las secuencias de los fonemas en la palabra. En estos casos, la dificultad no estriba en la incapacidad del niño para posicionar adecuadamente sus órganos articulatorios, con lo que el modelo articulatorio no siempre es suficiente para explicar el proceso evolutivo normal de adquisición del sistema fonológico.

Según Bosch (2003), los trastornos articulatorios suelen estar asociados a un problema de codificación fonológica o de articulación. En el primer caso, las dificultades se caracterizarían por el número de subprocesos implicados que suponen recuperar la forma fonológica del léxico almacenado, presentándose errores importantes porque la forma léxica está parcialmente representada o porque la recuperación es solo parcial, perdiéndose elementos o simplificando la estructura. En cambio, en el segundo caso, las dificultades se caracterizarían porque el léxico se ha recuperado adecuadamente, pero, en su realización, fallan las órdenes motoras que impiden una correcta articulación. Las dificultades fonológicas podrían ser representadas por el primer tipo de problemas y las dificultades fonéticas por los segundos, aunque se pueden encontrar casos mixtos donde estén afectados los factores fonológicos y articulatorios al mismo tiempo, de ahí la controversia en la dicotomía entre trastornos fonológicos y fonéticos (González Valenzuela, 2006). Cuando los trastornos fonológicos se combinan con los fonéticos se habla habitualmente de retraso del habla.

No obstante, desde el punto de vista clínico, como sostiene Crystal (1983, 66), conviene diferenciar entre disfunciones fonológicas y fonéticas, porque "es posible que haya trastornos que solo afecten al sistema fonológico del habla de una persona, y que las capacidades fonéticas permanezcan intactas. En este caso, el paciente podrá realizar todos los sonidos, pero tendrá dificultades para organizarlos en un sistema que produzca contrastes en significado. Inversamente, es posible que se den trastornos puramente fonéticos en origen, y que el sistema fonológico no esté deteriorado".

1.2. Los trastornos fonológicos

Los trastornos fonológicos son dificultades específicas en el proceso de adquisición y organización interna del inventario fonológico que no pueden ser explicadas por causas anatómicas, sensoriales, neurológicas

Biblioteca de La FCDAPD
Universidad Central del Ecuador

o sociolingüísticas (Bleible, 1995; Queiroz, 2002). Según Etchepareborda (2003), el niño muestra un trastorno fonológico cuando pronuncia incorrectamente los sonidos de las palabras que conoce. El conocimiento del código fonológico es un proceso evolutivo semejante a la adquisición del lenguaje, al desarrollo semántico, léxico y morfosintáctico. Los trastornos fonológicos, tradicionalmente denominados dislalias o dificultades funcionales del habla (Gierut, 1998; Queiroz, 2002), se asocian a dificultades en los procesos de discriminación auditiva y afectan a los mecanismos de conceptualización de los sonidos y a las relaciones entre los significantes y significados, no estando organizados los sonidos en sistemas y no usándolos dentro de un contexto de manera adecuada (González Valenzuela, 2006). Se trata de desórdenes articulatorios, de carácter asistemático y persistente, vinculados a aspectos perceptivos y organizativos del código fonológico. Consecuencia de ello, el niño puede producir correctamente un mismo sonido en condiciones de imitación y hacerlo con errores en su lenguaje espontáneo. Es decir, aunque el niño sea capaz de articular de forma correcta (y en posición aislada) cada uno de los sonidos que representan un fonema, puede evidenciar algún desorden en la articulación de un fonema determinado, integrado en la posición concreta de una palabra específica (Gallego y Rodríguez, 2005). En consecuencia, procede diferenciar entre sonidos, es decir, realidades físicas concretas, y fonemas, o sea, categorías mentales o abstractas que se manifiestan en el habla en forma de sonidos.

Conviene advertir, no obstante, de acuerdo con Juárez y Monfort (1989), sobre la necesidad de diferenciar entre trastornos fonológicos y dislalias. En efecto, si en las dislalias el problema final se sitúa en la coordinación motriz y en el aprendizaje de un esquema motor ausente o erróneo, en los trastornos fonológicos el problema está en la discriminación auditiva y en el tratamiento temporal de los fonemas dentro de una secuencia. Pero las habilidades motóricas y práxicas no están afectadas.

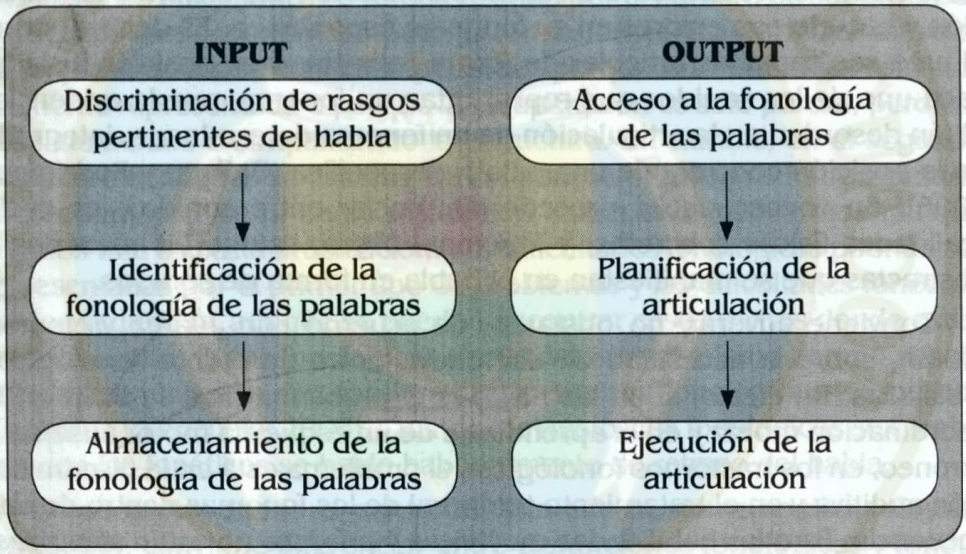
Para Gierut (1998), los trastornos fonológicos implican alguna alteración en la manera en que la información referida a los sonidos del habla se halla almacenada y representada en el léxico mental, o también en la forma de acceder a ésta y de recuperarla. El niño puede ser capaz de articular todos los sonidos de su lengua por imitación, aunque muestre dificultades para organizarlos en un sistema estableciendo contrastes de significado. El problema hay que achacárselo, según Ingram (1983), a la discriminación perceptiva de los sonidos (el niño percibe lo que quiere percibir), al sistema de contrastes (capacidades fonemáticas para distinguir fonemas) y a la producción articulatoria (adecuación de la posición articulatoria de los órganos intervinientes). En este sentido, desde un punto de vista psicolingüístico, los trastornos fonológicos se definen como desórdenes funcionales en el uso y conocimiento de los fonemas de la lengua, que se caracterizan por presentar dificultades en

SIB-UCE

la percepción, la organización y/o la producción de la palabra (González Valenzuela, 2006). No se observa, pues, falta de habilidad articulatoria en sí, sino una falla de organización del sistema de sonidos de la lengua (Queiroz, 2002). El problema reside en la precaria capacidad del niño para discriminar auditivamente los fonemas y su integración dentro de la palabra hablada.

En los trastornos fonológicos el desorden de habla es muy específico. La ausencia de problemas con la semántica o la sintaxis de la palabra, al deformar específicamente aspectos particulares de la misma (fonología) nos llevan a pensar que estas dificultades residen concretamente en el procesamiento fonológico, cuyos componentes se recogen en la siguiente figura (Cfr. Figura 2.1).

Figura 2.1. Componentes del procesamiento fonológico (Chiat, 2001, 81)



En síntesis, la génesis de los trastornos fonológicos se ha atribuido a dos causas principales (Gallego y Rodríguez, 2005, 40):

a) Deficiente discriminación auditiva, que no permite discernir las características de los sonidos (sordos/sonoros, dentales/velares, oclusivos/fricativos) o los intervalos precisos entre sonidos, la entonación, el ritmo y la intensidad. Ello no se debe a una pérdida de audición (pues entonces se trataría de otro tipo de trastorno –dislalia audiógena– sino a un deficiente procesamiento de esos estímulos auditivos por parte del sujeto (no son bien analizados e integrados en su memoria auditiva, produciendo cierta confusión).

b) Dificultad en la percepción de los movimientos articulatorios precisos. En este caso, se trata de una deficiencia de tipo visual, bien derivada de algún déficit en este sistema o por falta de

atención, concentración o discriminación visual, que impide que se complete el correcto proceso de imitación que subyace en la adquisición del lenguaje.

2. Evaluación de los trastornos

La evaluación constituye la primera y última fase de cualquier intervención, manteniendo ambas una relación sistémica e interactiva. Como procesos adheridos, la evaluación ha de servir para: a) detectar e identificar la dificultad articulatoria; b) valorarla, según el contexto; c) orientar la intervención. Todo ello teniendo en cuenta que la mayoría de los fonemas se logran hacia los cuatro años, y que entre los cuatro y los seis suele culminarse su total adquisición por parte del niño. No obstante, según Coloma et al. (2010), existen evidencias de que los trastornos fonológicos son más frecuentes en niños que en niñas, aunque suelan ser más severos en éstas que en aquéllos (Law, 1992).

2.1. ¿Qué evaluar?

La evaluación de la articulación comprende la producción y la comprensión de los sonidos del habla (fonética articulatoria), la valoración de destrezas motrices a nivel buco-facial y de la conducta respiratoria, y la evaluación del grado de adquisición de los fonemas en sus distintas categorías y posiciones, así como de los procesos fonológicos (sustitutorios, asimilatorios y relativos a la estructura de la sílaba) implicados. Y todo ello sin olvidar el análisis de los elementos prosódicos que matizan el mensaje de los enunciados (intensidad, entonación, duración...). Por consiguiente, el proceso evaluador de la articulación comprende dos dimensiones básicas (Cfr. Figura 2.2): a) la evaluación de las bases funcionales de la articulación y b) la evaluación de la articulación propiamente dicha.

Interesa subrayar, no obstante, la importancia que han adquirido los análisis fonológicos del habla infantil, por cuanto preconizan superar la idea de la consecución articulatoria de fonemas aislados para pensar en la eliminación de procesos fonológicos retrasados que intervienen en la formación de las palabras. La evaluación del desarrollo fonológico permite: a) conocer el grado de adquisición del sistema fonológico por el niño, b) identificar las reglas que utiliza para producir las palabras, c) inferir la capacidad de discriminación y memoria perceptiva, d) diseñar programas de intervención para mejorar la inteligibilidad del habla, y e) prevenir dificultades en el proceso lector.

Figura 2.2. La evaluación de la articulación



2.1.1. La evaluación de las bases funcionales

a) Discriminación y memoria auditiva

Los niños con trastornos fonológicos pueden presentar déficit en la discriminación auditiva, ya que suelen cometer errores en la percepción o discriminación de los segmentos que forman las unidades léxicas (Boch, 2003). Asimismo, tampoco es infrecuente observar niños con dificultades fonológicas que muestran problemas de memoria secuencial auditiva (González Valenzuela, 2006). De ahí la importancia de la evaluación de la capacidad del hablante para reconocer sonidos diferentes o semejantes (Gallardo y Gallego, 2003). El objetivo último es analizar la respuesta perceptiva del niño a los estímulos de las señales del habla de su lengua.

b) Motilidad labiolingual

Conviene asimismo valorar la motricidad de los órganos activos de la articulación: labios y lengua. Esta valoración se realiza mediante prue-

bas de imitación de gestos y acciones que implican una función motora normal de las estructuras orales (Darley, Aronson y Brown, 1975; Bustos, 1995).

- Labios:
  1) capacidad de presión (apretar labios);
  2) capacidad de movimiento;
  3) capacidad de proyección.
- Lengua:
  1) capacidad de movimientos lentos laterales;
  2) capacidad de movimientos lentos verticales;
  3) capacidad de tensión/relajación;
  4) capacidad de plegado;
  5) capacidad de ubicación en puntos concretos;
  6) capacidad de movimientos rápidos y de vibración.

c) Cantidad y direccionalidad del soplo

Hay que evaluar si el niño realiza el soplo con normalidad o dificultad, incluso si no puede hacerlo. Las actividades previstas son soplos fuertes/flojos, lentos/rápidos. Se evaluará el soplo en los casos de articulación poco intensa y en dificultades articulatorias de fonemas explosivos y vibrantes. También interesa conocer la cantidad de soplo, el control y la dirección del mismo.

d) Capacidad y tipo de respiración

Si la capacidad de soplo es pequeña o existe un deficiente control del mismo, se evaluará su respiración, para conocer la capacidad respiratoria y el tipo de respiración. La capacidad respiratoria se evalúa con el espirómetro (suele incluir unas tablas comparativas por talla, peso, edad y sexo). Es aconsejable, siempre que se utilice, realizar varias mediciones y usar boquillas de un solo uso. La medida a tomar es la mayor de todas las recogidas.

En cuanto al tipo de respiración, se valorará si se trata de una respiración clavicular (se practica levantando los hombros, hinchando solo la parte superior de los pulmones, hundiendo el abdomen), intercostal (se practica levantando las costillas inferiores y produciendo un descenso parcial del diafragma) o diafragmática (cuando se da un descenso del diafragma, una elevación de las costillas y un abombamiento del abdomen, produciéndose la máxima dilatación de los pulmones). Se tendrá en cuenta que esta última es la que permite un mayor control en la espiración del aire pulmonar, acción de vital importancia para la correcta fonación.

Para valorar la funcionalidad de la respiración nasal, se suelen utilizar dos pruebas principalmente: la prueba de Glatzel y la de Rosenthal. En la primera de ellas se le coloca al niño un espejo debajo de las narinas y se observa si se empaña o no cuando respira, para diferenciar entre una respiración nasal o bucal. Cuando el espejo se empaña, hay que observar las marcas (simétricas-asimétricas) que produce para advertir si las dos narinas funcionan correctamente. La prueba de Rosenthal consiste en inspirar alternativamente por una y otra narina (se tapa la contraria) veinte veces, para observar las posibles dificultades en una u otra.

2.1.2. La evaluación de la articulación

La evaluación de la articulación permite conocer, de una parte, los errores fonemáticos y, de otra, averiguar el tipo de proceso de simplificación del habla utilizado por el niño (sustitución, asimilación, relativos a la estructura de la sílaba). Para ello se pueden utilizar diferentes procedimientos, además de los tests estandarizados:

- Producción Verbal Espontánea (lenguaje espontáneo): se analizan las manifestaciones lingüísticas en situaciones de comunicación natural (juegos, conversaciones...). Se tendrán en cuenta los datos verbales, no verbales y contextuales, considerados tanto desde una perspectiva cuantitativa (producto) como cualitativa (proceso).
- Producción Verbal Provocada (lenguaje dirigido): se analizan las habilidades lingüísticas siguiendo las consignas del evaluador, tanto en la elaboración y transmisión de mensajes como en la recepción y comprensión de los mismos, y desde la doble vertiente de análisis (producto versus proceso).
- Comprensión: con este procedimiento se pueden analizar funciones cognitivas complejas (lenguaje, memoria, razonamiento) de ámbito neurolingüístico, a través de la ejecución de órdenes, mandatos... o de recabar la comprensión de acciones evocadas por un determinado dibujo, etc.
- Imitación Provocada (lenguaje repetido): se solicita al niño la repetición de una serie de palabras o frases dichas previamente por el evaluador. A través de estas producciones se analiza el lenguaje teniendo en cuenta: a) la capacidad de retentiva; b) la memoria auditiva, c) la capacidad de síntesis de los elementos de la frase.

Se han identificado cinco tipos de errores de topografía vocal (Gallego, 2000a):

1. Por sustitución: cuando el niño reemplaza un sonido correcto por otro incorrecto (p.e., "deche" por "leche", "quiedo" por "quiero, "tama" por "cama", "flesa" por "fresa").

UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE TERAPIA DEL LENGUAJE

2. Por omisión: cuando el niño omite o elimina un fonema o sílaba de una palabra (p.e., "ato", "oche", "toño", "apato"). Este error es característico en los casos de retraso del lenguaje y en el lenguaje de niños con deprivación afectiva y/o sociocultural. Lo más frecuente es omitir el fonema cuando está en situación implosiva, cerrando sílaba: "cuato", "pueto" (cuarto, puerto), y es frecuentísimo en los sinfones: "pato", "fesa" (plato, fresa).
3. Por inserción: cuando el niño inserta un sonido vocálico inexistente en una determinada palabra (p.e., "palato" por plato, "feresa" por fresa, "calavo" por clavo). Este tipo de error es infrecuente.
4. Por distorsión: cuando el niño deforma la correcta articulación de un sonido específico (p.e., articular nuestro fonema /r̄/ por un sonido próximo a la "r" francesa).
5. Por inversión: cuando el niño altera el orden de los sonidos de una palabra ("cocholate" por chocolate, "tonicias" por noticias, "estuata" por estatua, "mecenterio" por cementerio...). Estos cambios o permutaciones de posición de un fonema o grupo de fonemas dentro de la palabra se denominan metátesis fonológicas.

En todo caso, una completa evaluación del desarrollo fonológico debe incluir los aspectos siguientes: a) el repertorio fonemático; b) los trastornos fonéticos; c) los procesos fonológicos de simplificación del habla; d) la identificación de dificultades en la percepción, la organización y/o la producción de la palabra; e) la calidad articulatoria.

2.2. ¿Cómo evaluar?

Para la evaluación global de la articulación abundan técnicas, procedimientos e instrumentos, siendo la entrevista, la observación y la administración de pruebas objetivas y tests psicométricos los que prevalecen de forma más o menos generalizada. En la evaluación de la motricidad buco-facial, son típicas la realización de tareas labiolinguales (mover, sacar/meter, girar... la lengua, sacar/meter morro...). Para evaluar la capacidad respiratoria, además del uso del espirómetro, suele recurrirse a ejercicios como soplar la llama de una vela, para comprobar la intensidad, control y direccionalidad del soplo, realizar inspiraciones y espiraciones nasales con emisión de sonidos concretos... La evaluación de la capacidad auditiva puede hacerse recurriendo a grabaciones que contengan sonidos del entorno, aunque sin desdeñar el uso de algunos instrumentos, como por ejemplo la prueba de Valoración de la Percepción Auditiva (Gotzens y Marro, 1999) o la prueba EDAF (Brancal et al., 1998), de evaluación de la discriminación auditiva y fonológica de los niños a partir de los tres años.

Para la evaluación del desarrollo fonológico, además de los procedimientos no estandarizados ya señalados (Cfr. 2.1.2), se pueden emplear otras pruebas, como por ejemplo:

- La Evaluación fonológica del habla infantil (Bosch, 2004).
- El Análisis del Retraso del Habla -A-RE-HA- (Aguilar y Serra, 2003).
- La prueba de Evaluación del Desarrollo Articulatorio (Miras y Fernández, 1998).
- Las pruebas PREFO-1 y PREFO-2 (González Valenzuela, 1994).
- El Examen Logopédico de la Articulación –ELA– (García et al., 1991).
- La Prueba de Articulación Fonemática –PAF– (Vallés, 1990).
- El Registro Fonológico Inducido (Monfort y Juárez, 1989).

Aunque la mayoría de las pruebas obtiene información acerca de la producción de palabras aisladas, parece lógico pensar que esa valoración debe ser complementada con el análisis de muestras de habla espontánea del niño. La integración de diferentes procedimientos de evaluación reportará, sin duda, una mayor información sobre el desarrollo fonológico del niño.

3. Intervención de los trastornos

La intervención de los trastornos fonológicos y/o fonéticos pretende eliminar los procesos de simplificación del habla y establecer el sistema de contraste fonético (Ingram, 1983). Algunos estudios han demostrado que los niños nacen con habilidades para discriminar una amplia variedad de contrastes fonéticos (Kuhl, 2004), que como es lógico incrementan con el paso del tiempo para ir construyendo el repertorio fonológico de su lengua materna. Para ello, advierte González Valenzuela (2006), las actividades se orientarán hacia varios sonidos dentro de una clase, en vez de a un sonido tras otro. La eliminación de un solo proceso tendrá un efecto mucho más amplio en el sistema del niño que si se enseña un sonido aislado que se vea afectado por varios procesos. De otra parte, con respecto al establecimiento de contrastes, es aconsejable ayudar al niño a utilizar cada vez más los sonidos de forma contrastiva, es decir, a percibir que las palabras son diferentes y exigen realizaciones acústicas diferenciadas para comprender su significado. El establecimiento de contrastes proporciona una buena base para dilucidar cuáles son los procesos que hay que eliminar primero y suministra al sujeto los recursos para distinguir qué sonidos realmente son los que contrasta en las palabras.

3.1. ¿Qué intervenir?

Aunque no parece aconsejable determinar a priori los tópicos inexcusables de cualquier actuación para habilitar el habla de un niño con trastornos articulatorios, habida cuenta de las peculiaridades de cada caso y asumiendo el carácter personalizado de cada intervención, sí pueden señalarse, a título orientativo, los ámbitos o dimensiones típicas de un programa diseñado para atender las dificultades articulatorias de un niño: respiración, motricidad buco-facial, percepción auditiva y fonética, memoria auditiva y articulación propiamente dicha. Si bien, en numerosas ocasiones, el foco de atención es la propia articulación de uno o más fonemas mediante la realización de actividades de motricidad buco-facial.

Para facilitar el desarrollo de la capacidad respiratoria, se pueden realizar ejercicios de soplo con diferentes materiales (velas, pajas, matasuegras, pelotas ligeras, papeles...). Interesa trabajar la respiración nasal y bucal, así como el control (inspiración 6 a 8 segundos, retención 2 a 3 segundos, espiración de 6 a 10 segundos) y su frecuencia (Gallego, 2000a; Gallardo y Gallego, 2003; Pascual, 2003).

El desarrollo de la motricidad buco-facial exige la realización de tareas en las que se ejerciten los órganos que intervienen en la articulación de los fonemas (boca, labios, lengua y paladar): sacar la punta de la lengua y volverla a meter a distintos ritmos, sacarla y llevarla de una comisura labial a la otra a distintos ritmos, pasar la punta de la lengua por los dientes superiores e inferiores, tocar con la punta el paladar..., sonreír sin abrir la boca, inflar las mejillas, hacer explosión con los labios..., abrir y cerrar la boca a distintos ritmos, mascar a distintos ritmos, bostezar... Estos ejercicios se pueden realizar de forma individual o colectiva, y sentados frente al espejo.

El incremento de la capacidad auditiva del niño y su competencia para la discriminación auditiva y/o fonémica se logra con actividades de discriminación de sonidos y de discriminación fonética. En el primer caso, se trata localizar la fuente sonora, identificar sonidos de distintas características producidos por varios objetos (silbato, timbre, moto, etc.) y diferenciar las cualidades sonoras de algunos instrumentos musicales (intensidad, duración, tono). En el segundo, las actividades se orientarán hacia la identificación de sonidos inmersos en sílabas directas e inversas y en palabras, así como a la diferenciación de pares de palabras que se parecen desde el punto de vista fonético. Por consiguiente, un programa de discriminación auditiva debe incluir actividades sobre la identificación de sonidos, la clasificación de objetos sonoros, el apareamiento de ruidos y sonidos, tareas de figura-fondo auditiva, memoria y asociación auditiva, cualidades sonoras básicas: altura, intensidad, timbre, duración, y de ritmo y melodía.

Para incrementar la capacidad de memoria auditiva, es aconsejable la ejecución de actividades de ritmo y de repetición de secuencias. Las primeras pretenden mejorar las habilidades del niño para reproducir estructuras rítmicas silábicas con fonemas determinados (sa-sa-sa, as-as-as, sa-as). Con la imitación de secuencias se intenta que desarrolle habilidades para reproducir el orden de una secuencia de palabras que contiene un fonema determinado, situado en distintas posiciones de la palabra (inicial, media y final).

3.2. ¿Cómo intervenir?

Se admite que las actividades para habilitar el habla de un niño, en el nivel articulatorio, han de atender a una cierta secuencia de ejecución. Es decir, las tareas de imitación han de ser previas a las actividades de producción verbal provocada y éstas anteriores a las actividades de lenguaje espontáneo o conversacional. En todos los casos, de acuerdo con Ingram (1983), la intervención de los trastornos articulatorios ha de realizarse de forma integrada, o sea, teniendo en cuenta los distintos ámbitos o dimensiones que pueden estar implicadas en la ejecución de los fonemas (percepción y memoria auditiva y producción fonológica). De ahí que, en una misma sesión de intervención, pueden ser realizados tanto ejercicios de articulación como de discriminación auditiva o fonética.

Otra decisión relevante alude al orden de intervención de los fonemas alterados. A nadie se le escapa que respetar el orden de adquisición de los fonemas de la lengua parece una decisión acertada, por lo que una secuencia lógica sería: vocales, nasales, oclusivas, fricativas, africada, líquidas laterales, líquidas vibrantes, grupos consonánticos y diptongos. No obstante, lo primordial, según Ingram (1983), es el orden de los procesos de simplificación del habla que aparecen y no el orden de adquisición de los fonemas.

En todos los casos, la elaboración de programas de intervención logopédica personalizados (Gallego, 1999) se perfila como una solución idónea, independientemente de que su diseño se realice desde los postulados de un modelo conductual o fonético (Gallego, 2000a; Gallardo y Gallego, 2003; Gallego y Rodríguez, 2005). Las experiencias con la lengua materna inician, mantienen y mejoran las habilidades fonológicas de los niños, reconociéndose que su privación al habla genera serios problemas en el desarrollo fonológico posterior (Johnson y Newport, 1991).

A continuación se ofrece una propuesta integrada de intervención de los trastornos articulatorios, teniendo en cuenta los distintos ámbitos o dimensiones implicados en la ejecución de los fonemas.

3.2.1. Ámbito de la percepción y discriminación auditiva

La ausencia de una correcta audición impide o limita la capacidad del niño para captar adecuadamente los sonidos de la lengua, lo cual tiene repercusiones en la adquisición y desarrollo del lenguaje infantil. Resulta útil educar el sentido de la audición a edades tempranas mediante la escucha atenta, identificación y comparación de sonidos, producidos por diferentes fuentes sonoras y recurriendo a distintos niveles de intensidad, para incrementar la capacidad de discernir.

Las actividades de discriminación auditiva se pueden realizar en grupo, más o menos numeroso, según las características del mismo (disciplina, ruidos) o de forma individual. Algunas de las tareas apropiadas para trabajar este ámbito son:

- Localización, exclusivamente auditiva, de la persona o instrumento que produce el sonido. Progresivamente se combinarán dos o más fuentes sonoras.
- Identificación de sonidos no insólitos: silbatos, patadas, grabaciones en audio de animales, instrumentos musicales...
- Imitación de sonidos diversos, previamente percibidos.
- Descripción e identificación de atributos sonoros: intensidad (fuerte/medio/flojo), duración (larga/corta), tono (agudo/grave), timbre y ritmo, con distintos recursos e instrumentos musicales.
- Repetición de palabras, haciendo pausas excesivas para estimular la memoria auditiva del niño.
- Atención auditiva, centrándose en determinados sonidos de un contexto ruidoso y obviando otros.
- Discriminación de fonemas diferentes, progresivamente más próximos en su pronunciación, para exigir un mayor nivel de agudeza auditiva.
- Análisis de sonidos: percepción, localización y reconocimiento de fonemas, sílabas y palabras.

3.2.2. Ámbito de la respiración y soplo

La respiración condiciona la calidad del habla. Conseguir que el niño respire correctamente y acompase el ritmo respiratorio con la producción del habla resulta trascendental. Las actividades que se realicen han de orientarse a que el niño tome conciencia de su respiración, ejercite la respiración buco-nasal y afiance la respiración costoabdominal o diafragmática. Para ello, se planificarán tareas sobre los siguientes aspectos:

- Modo de respiración (bucal o nasal) y tipo (clavicular, intercostal, diafragmática).

- Intensidad de la inspiración y espiración: fuerte o débil.
- Duración de la inspiración y espiración: larga o corta.
- Naturaleza de la respiración: abdominal, torácica o costoabdominal.

De otra parte, el control del soplo también tiene efectos positivos sobre la articulación del lenguaje. Las actividades de soplo exigen el funcionamiento armónico de diferentes órganos articulatorios. Algunas de las actividades útiles para este fin son las siguientes:

- Para la intensidad del soplo: soplar la llama de una vela hasta apagarla, soplar un papel hasta hacerlo volar, soplar un pelota de ping-pong haciéndola rodar, hacer burbujas con una pajita en un vaso con agua, tocar instrumentos de viento, jugar con matasuegras, molinillos...
- Para adquirir el dominio y control del soplo se realizarán las actividades anteriores, pero ahora de forma controlada, es decir, soplar la vela moviendo la llama pero sin llegar a apagarla, mover el papel sin hacerlo volar, hacer burbujas soplando el agua de un vaso con una pajita sin que salpique la mesa, mover muy poco la pelota de ping-pong, mantener el matasuegras a media apertura...
- Para la direccionalidad del soplo: soplar una vela que se cambia de posición, soplar distintos papeles situados en lugares diferentes, trasladar la pelota de ping-pong hacia direcciones indicadas, sóplarse el flequillo, el pecho, hacia un lado u otro...

3.2.3. Ámbito de la relajación

La relajación constituye una técnica eficaz para la atención de los trastornos articulatorios de tipo fonético y en aquellos que afectan al ritmo de la articulación del lenguaje. Contribuye a aminorar los estados de tensión y ansiedad que dificultan la producción de los sonidos y la melodía del discurso. La ausencia de tensión corporal y especialmente de los músculos comprometidos en la articulación fonemática favorece el funcionamiento de los órganos implicados en la producción del habla. Las actividades de motricidad buco-facial y los ejercicios de contraste (contraer/distender, apretar/aflojar labios, lengua y mandíbula) son muy aconsejables.

3.2.4. Ámbito de la motricidad buco-facial

La correcta articulación del lenguaje depende en buena medida del desarrollo psicomotriz logrado por los principales órganos de la articulación (lengua, labios y mandíbula). Gallardo (2003) ha sugerido di-

ferentes actividades-tipo para desarrollar la correcta movilidad de los órganos activos y la óptima funcionalidad de los órganos pasivos (Cfr. Tabla 2.2). El potencial de este diseño radica en su estructuración en diez niveles de dificultad progresiva, que pueden ser adaptados a las peculiaridades de cada niño.

Tabla 2.2. Habilidades labiolinguales (Gallardo, 2003, 516-518)

HABILIDADES MOTORAS DE LABIOS, LENGUA Y PALADAR	
Nivel 1 – Apretar y aflojar los labios sin abrir la boca – Mascar (10 veces) – Abrir y cerrar la boca deprisa – Abrir y cerrar la boca despacio – Sacar la lengua lo máximo posible – Sacar la lengua lo mínimo posible	**Nivel 2** – Abrir la boca despacio y cerrarla deprisa – Abrir la boca deprisa y cerrarla despacio – Morderse el labio inferior con los dientes superiores – Abrir la boca, sacar la lengua y meter la lengua cerrando la boca – Abrir la boca y sacar la lengua manteniéndola en posición horizontal – Abrir la boca, sacar la lengua y llevarla a izquierda y derecha
Nivel 3 – Realizar rápidos movimientos de unión y separación de labios, articulando /pápápápá/ – Articulación de /a, o,u/ y de /e,i/, exagerando los movimientos de los labios – Proyectar los labios unidos hacia afuera y sonreír – Sacar la lengua despacio y meterla deprisa – Sacar la lengua deprisa y meterla despacio – Abrir la boca, sacar la lengua y llevarla arriba y abajo	**Nivel 4** – Sostener una pajita con los labios – Llevar los labios hacia adentro y proyectarlos hacia afuera – Dar diez besos sonoros y sonreír – Sacar una lengua larga y fina – Sacar una lengua corta y ancha – Pasar la punta de la lengua por los incisivos superiores, describiendo un arco cada vez mayor
Nivel 5 – Hinchar los carrillos y apretarlos con las manos para hacer explosiones – Hinchar los carrillos manteniendo el aire en la boca apretando los labios, a pesar de dar golpes para hacer explosiones – Relamerse el labio superior con la punta de la lengua, de izquierda a derecha y viceversa. – Repetir la actividad anterior con el labio inferior – Relamerse con la punta de la lengua los labios en movimiento circular de izquierda a derecha y viceversa	**Nivel 6** – Mantener pasivo el labio inferior y moverlo con los dedos verticalmente – Bostezar diez veces (movimiento del velo del paladar) – Apoyar la punta de la lengua en la cara interna de las mejillas, golpeándolas alternativamente – Tocar con la punta de la lengua los incisivos superiores e inferiores por fuera – Repetir la actividad anterior, pero por dentro

.../...

.../...

Nivel 7	**Nivel 8**
– Proyectar labios unidos, llevarlos a la derecha, a la izquierda y sonreír – Zumbar los labios, imitando el sonido del avión – Hacer movimientos giratorios con la lengua colocada entre los labios y el sistema dentario – Tocar el paladar con el dorso de la lengua (/k/) – Tocar con la punta de la lengua los incisivos superiores e inferiores por fuera y por dentro, alternativamente – Tocar con la punta de la lengua los molares superiores e inferiores a derecha e izquierda, alternativamente	– Tocar con el dorso de la lengua el paladar duro, imitando el paso de un caballo. Pasar de ritmo lento a rápido y viceversa – Dar las campanadas del Big-Ben. Dan-don-dan-don – Imitación de gárgaras – Movimientos rápidos de salida y entrada de la lengua, vibrando sobre el labio superior – Doblar la lengua sujeta por los incisivos superiores e impulsarla con fuerza hacia afuera – Pasar la punta de la lengua por el centro del paladar de atrás hacia adelante y viceversa
Nivel 9	**Nivel 10**
– Doblar los bordes de la lengua hacia adentro formando un canal longitudinal – Doblar la lengua hacia arriba y hacia atrás con ayuda de los incisivos superiores – Doblar la lengua hacia abajo y hacia atrás con ayuda de los incisivos inferiores – Golpear los alvéolos superiores con la punta de la lengua – Articular rápidamente la-la-la-la-la... – Con la punta de la lengua dirigida hacia el paladar, iniciar movimientos de choque contra los incisivos superiores, que terminen con la salida de la lengua entre los labios	– Movimientos vibratorios de labios y de todo el tórax y brazos – Poner la lengua entre los labios y hacer vibración de labios y lengua – Articular rápidamente: tl, tl, tl, tl dl, dl, dl, dl cl, cl, cl, cl – Articular rápidamente: tr, tr, tr, tr dr, dr, dr, dr

No obstante, se tendrá en cuenta que, a partir de los 2 años, el control práxico de los diferentes órganos seguirá una secuencia similar a la que se incluye en la tabla 2.3.

Tabla 2.3. Control práxico de los diferentes órganos (Bartuilli, Cabrera y Periñán, 2007, 24)

Estructura	Edad	Praxias
Labios	3-4 años	– Fruncir y distender los labios contactando. – Abocinar labios (colocarlos en forma de bocina). – Besar. – Imitar esquemas vocales /a/, /o/, /u/ en formas aisladas. – Sonrisa contactando y sin contactar labios.
	4-5 años	– Fruncir y distender labios sin contactar. – Secuencia de esquemas vocales /a/, /o/, /u/, /e/, /i/. – Vibración de labios. – Morder labios superior o inferior.
	5-6 años	– Sostener una moneda con los labios. – Levantar comisura derecha. – Levantar comisura izquierda. – Desplazar lateralmente hacia uno y otro lado.

.../...

.../...

Lengua	2 años	– Proyección-retrusión lingual.
	3 años	– Elevar la lengua y llevarla hacia las comisuras labiales.
	4 años	– Colocar la lengua sobre los dientes. – Llevar el ápice lingual detrás de los incisivos superiores. – Realizar una vibración.
Cara	2 años	– Soplar. – Mímica de la risa.
	3 años	– Cerrar los ojos.
	4 años	– Inflar mejillas. – Mostrar los dientes. – Mímica del llanto.
	5 años	– Abrir y cerrar los ojos. – Expresión de enfado. – Fruncir la frente.
	+7 años	– Colocar los labios para silbar. – Guiñar un ojo manteniendo el contrario abierto. – Doblar labio inferior hacia afuera con la boca cerrada. – Levantar el mentón. – Inflar una sola mejilla.

3.2.5. Ámbito de la articulación fonemática

Pascual (2000) ha identificado tres fases consecutivas para orientar el proceso de intervención de los fonemas del español: vocálicos (Cfr. Tabla 2.4) y consonánticos (Cfr. Tabla 2.5).

Tabla 2.4. Las vocales del español (RAE, 2010, 55)

		Posición de la lengua	
		anterior o palatal	*posterior o velar*
Abertura	*cerrada o alta*	/i/	/u/
	media	/e/	/o/
	abierta o baja	/a/	

Tabla 2.5. Las consonantes del español (RAE, 2010, 56)

						Zona de articulación				
						labial	dental-alveolar*		palatal	velar
MODO DE ARTICULACIÓN	OBSTRUYENTE	*oral*	sorda	fricativa		/f/	/z/	/s/		/j/
				oclusiva (o africada)		/p/	/t/		/ch/	/k/
			sonora			/b/	/d/		/y/	/g/
	SONANTE	*nasal*	sonora			/m/		/n/	/ñ/	
		oral		lateral				/l/	/ll/	
				vibrante	simple			/r/		
					múltiple			/rr/		

(*) La oposición entre los rasgos dental/alveolar resulta distintiva únicamente para diferenciar los fonemas /z/ y /s/ en aquellas zonas de ámbito hispano en las que coexisten ambos fonemas.

1.ª **Enseñanza de la articulación**. La emisión del sistema vocálico no suele plantear a los niños mayores problemas articulatorios. No obstante, a pesar de su excepcionalidad, a veces pueden apreciarse algunas disfunciones, ya sea por distorsión o sustitución de fonemas vocálicos. A continuación, se enseñarán los fonemas consonánticos, cuyas realizaciones se producen gracias a la espiración del aire de los pulmones y a los obstáculos que producen los órganos fonoarticulatorios para conferirles los atributos auditivos pertinentes. Conviene atender primero a la articulación de las consonantes sordas defectuosas, que al emitirse sin vibración de las cuerdas vocales son más fáciles de articular. Seguidamente se procederá a la enseñanza de las consonantes sonoras y entre ellas las de mayor dificultad. Una vez aprendidos los fonemas consonánticos, se acompañarán de cada una de las vocales y se solicitará la correcta articulación silábica, tanto en sílaba directa como inversa. Es aconsejable enseñar en una misma sesión las consonantes que son análogas por su modo de articulación, advirtiendo sobre sus semejanzas y diferencias.

Cuando persistan las disfunciones articulatorias, se procederá a la reeducación mediante una atención más específica o especializada. Algunos consejos pueden favorecer esta acción rehabilitadora: se plantearán las actividades de forma lúdica, sin que el niño perciba nítidamente el carácter reeducativo de la acción; se evitará en lo posible enfatizar el sonido incorrecto para enseñar a producir el correcto; se enseñará el adecuado y se trabajará con él creando asociaciones motrices y expresiones, de manera que se vaya desvaneciendo el sonido inicial defectuoso, en beneficio del sonido correcto. Suele ser de utilidad, en el proceso de adquisición del sonido adecuado, recurrir a sonidos auxiliares similares a los correctos, obviando los sonidos incorrectos que ha integrado el niño, intentando rectificarlos. Además se utilizarán los recursos adecuados: espejo para percibir visualmente las posiciones correctas, grabadoras para reforzar el avance y corregir las disfunciones, y depresores o palillos para señalar la adecuada posición de los órganos de la articulación.

El éxito de la intervención se verá favorecido si se solicita la integración de diferentes percepciones: auditiva (discriminación auditiva del fonema así como la descripción oral de la forma correcta de colocación de órganos), visual (mostrando lo que se describe oralmente: colocación de órganos buco-faciales) e incluso táctil (tocando esa forma de colocación específica).

2.ª **Automatización de la articulación correcta**. El niño ha de ser capaz de automatizar e interiorizar la correcta articulación de los sonidos de su lengua en todas sus emisiones verbales. La repetición rítmica de los movimientos articulatorios resulta ser un recurso eficaz. Para ello se acompañará el fonema consonántico con otro vocálico (pa-pa-pa - pa-pa-pa) cuya repetición facilita la memorización auditiva del fonema y de la sílaba. Para favorecer la articulación, se puede alternar la producción de varias sílabas con la misma consonante y distinta vocal (pa-pe - pa-pe) y viceversa (pa-da - pa-da). Progresivamente se irá incrementando el nivel de dificultad, alternando la articulación de sílabas directas e inversas (la-al - la-al), la articulación de sílabas de similar pronunciación, como es el caso de las formadas con los fonemas /θ/ y /s/ (za-za - sa-sa) y, por último, la articulación de sinfones que son los más difíciles de producir (pla-pla - pra-pra).

Otros ejercicios fonológicos de especial utilidad son:

- Demandar la articulación de palabras que contengan el fonema que se va a trabajar (en posición inicial, media y final). Es decir, pronunciar palabras que empiezan, contienen y terminan por el fonema /r/, por ejemplo.
- La misma actividad, pero solicitando sílabas.

- Repetición de palabras y rimas.
- Visualización del fonema e identificación de su posición.

3.ª **Integración y generalización de la articulación correcta**. Se considera que un niño ha aprendido un fonema cuando es capaz de producirlo sin dificultad en el lenguaje espontáneo o conversacional. El educador puede allanar este camino realizando tres tipos de actividades:

- Actividades de repetición, incorporando las sílabas en palabras cortas, fáciles de pronunciar e inhabituales en el habla del niño, e incrementando paulatinamente la longitud de las mismas y su nivel de dificultad. Se ha de procurar que las sílabas aparezcan en todas las posiciones dentro de la palabra (inicial, media y final) y, si es posible, en sus formas directa e inversa. En los casos en los que el niño, al pronunciar una palabra, mantenga la articulación defectuosa se evitará insistir en la reproducción de esa palabra y se solicitará la repetición del sonido en las palabras que lo hace correctamente, para afianzar así la interiorización del patrón articulatorio correcto. Tan pronto como la dificultad se debilite, se solicitará la correcta articulación del sonido en proposiciones y frases que lo contengan.
- Actividades de expresión dirigida, en las que el educador muestra estímulos visuales al niño y le formula preguntas en las que necesariamente deba emplear el fonema que se está trabajando. También se le puede demandar que complete frases incompletas en las que debe utilizar el fonema elegido o construir frases en las que se incluya la palabra que contiene el fonema que se trabaja. Asimismo, se puede solicitar la identificación de un determinado fonema dentro de una serie de palabras, a modo de juego, de manera que el sujeto tenga que discriminar el sonido y pronunciarlo, identificando su posición.
- Actividades de conversación, en las que el niño haga realidad la transferencia de lo aprendido incorporando los fonemas rehabilitados en su lenguaje espontáneo, en los distintos contextos y situaciones de comunicación. En estos casos, dado que el contexto de comunicación más natural es el familiar, se requiere la inexcusable participación de los padres con el fin de afianzar los patrones articulatorios idóneos.

En todos los casos, aunque la imitación y la práctica estructurada son estrategias fundamentales que gozan de la consideración de los profesionales, no se puede prescindir del empleo de tareas comunicativas para facilitar la generalización cuya eficacia ha sido puesta de ma-

nifiesto en numerosos estudios (Hart y Gonzalez, 2010). Los enfoques naturalistas confían más en el uso del lenguaje y la práctica significativa que en la repetición o el ensayo formal.

Y para finalizar, se recogen algunas consideraciones de interés que orientan la intervención de los trastornos articulatorios (Gallego y Rodríguez, 2005; González Valenzuela, 2006):

a) La habilitación de las disfunciones articulatorias puede demandar de forma paralela o simultánea una doble actuación: indirecta y/o directa.

b) La atención indirecta se orienta hacia el desarrollo y la optimización de los aspectos funcionales que intervienen en la correcta articulación del habla, es decir, las bases funcionales de la articulación (la discriminación auditiva, la motricidad buco-facial, la respiración, el soplo y la relajación).

c) La intervención directa pretende la conquista de la correcta articulación de los fonemas, tanto por separado (fonemas aislados) como integrados en distintas palabras y posiciones, hasta su automatización y generalización en el lenguaje espontáneo.

d) Parece aconsejable iniciar la intervención por la habilitación de los aspectos o condicionantes implicados en la producción de los fonemas (intervención indirecta), para continuar con la enseñanza y/o perfeccionamiento de la articulación del fonema/s hasta culminar con la automatización y generalización de los fonemas aprehendidos (intervención directa).

e) Una posible secuencia de intervención, especialmente orientada hacia niños con trastorno fonético sería: 1.º estimular la capacidad articulatoria del niño, reproduciendo movimientos y posturas; 2.º automatizar patrones de habla para la reproducción de los sonidos más difíciles; 3.º articulación integrada de sonidos difíciles dentro de palabras significativas para el niño; 4.º generalización de esas articulaciones en situaciones y contextos comunicativos diferenciados. Los padres han de ser agentes activos en este proceso.

f) Las actuaciones tempranas son indiscutibles, por cuanto a la edad de 4-5 años los órganos articulatorios se encuentran en un momento de máxima plasticidad que, lógicamente, se va perdiendo con la edad y, por tanto, las probabilidades de normalizar el habla del niño.

g) La reeducación de las dificultades articulatorias ha de tener un carácter individualizado, secuenciado y lúdico. Es decir, ajustada a las características de cada caso, siguiendo un orden en la intervención de los fonemas y procesos afectados y a través de juegos, para que la realización de los ejercicios no sea monóto-

na y tediosa. Conviene diversificar y alternar las actividades para mantener la motivación del sujeto.

h) Establecer objetivos claros. Es decir, el sujeto debe ser consciente de cuál es su dificultad y qué debe hacer para conseguir superarla.

i) Proporcionar actividades cognitivas como procedimientos visibles a través del modelamiento y las verbalizaciones. Los sujetos, a través de la enseñanza guiada y la verbalización, deben comprender la eficacia de la estrategia seguida por el educador.

j) Los contextos y situaciones comunicativas deben ser cercanas al niño, de manera que no se perciba distanciamiento entre las experiencias vitales y las sesiones de intervención.

k) Transferir progresivamente el control de las actividades al sujeto que está aprendiendo. Es necesario que el aprendiz vaya adquiriendo progresivamente control y tome conciencia sobre lo que es necesario hacer para articular o distinguir dos palabras.

l) Proporcionar retroalimentación a los sujetos sobre los procesos que utiliza para realizar la tarea y no centrarse en el producto final que han obtenido. De este modo, se favorece la motivación del aprendiz.

ANEXO I

CASO 1. ¿Qué le pasa a Elena?

1. ¿Qué sabemos?

Elena es una niña de 5 ½ años que, según sus padres, comprende todo perfectamente pero no habla bien si no se le corrige. Si uno está constantemente haciéndole repetir las palabras que pronuncia mal, entonces su habla mejora notablemente, pero inmediatamente después vuelve a decirlas incorrectamente. Creen, sin embargo, que tiene un vocabulario bastante amplio y que su mayor problema son las continuas dificultades de pronunciación.

Su profesora tutora afirma que la niña sigue el currículo escolar con total normalidad y confirma que cambia en su lenguaje espontáneo el fonema /r̄/ por el fonema /d/, y también aprecia algunos problemas en la pronunciación de ciertas consonantes, concretamente en la producción de los sonidos [kr] y [gr]. Ahora bien, en su opinión, cuando se le hace repetir las palabras despacio su pronunciación es bastante buena.

La exploración logopédica revela que Elena imita bastante bien las posiciones articulatorias y posee un desarrollo semántico, morfosintáctico y pragmático adecuado para su edad, según se desprende de la valoración de los datos obtenidos en el test PLON, así como de otra serie de pruebas no estandarizadas. No obstante, las pruebas anteriores han puesto de manifiesto que la niña sustituye el fonema /r̄/ por el fonema /d/, en posición inicial y media, y también comete errores en la articulación de los sinfones /kr/ y /gr/, tanto en lenguaje dirigido como conversacional. No se observó ninguna anomalía orgánica.

2. Diagnóstico presuntivo

Trastorno fonológico.

3. ¿Qué se puede hacer?

- Para habilitar la correcta articulación del fonema /r̄/, se proponen las siguientes actividades-tipo:
  * Respirar profundamente, inspirando por la nariz y expulsando el aire por la boca mientras pronunciamos: /rrrrrrrrrrrrr/. Tres veces.
  * Realizar ejercicios con la lengua donde se practique el punto de articulación para el fonema /r̄/.
  * Frente al espejo, pronunciar el fonema y observar cómo está nuestra boca, nuestra lengua, por dónde sale el aire.
  * Onomatopeyas con sonido dominante [r̄]: Imitar el ruido de una moto: rrrrrrrruuummm
  * Practicar delante de un espejo para observar los movimientos buco-faciales.

* Juegos del "Veo-veo". Veo-veo... ¿Qué ves? Una cosa que tiene /r̄/: ratón, rueda, perro, arruga...
* Decir nombres de niños/objetos que contengan el fonema /r̄/.
* Articular palabras cuya única diferencia está en la presencia o ausencia del fonema /r̄/. ¿Es lo mismo rata que pata? Señalar sus diferencias.
* Repetir sílabas y logotomas que contengan el fonema /r̄/:
* Buscar palabras, imágenes, dibujos o grabados que conlleven el fonema /r̄/.
* Confeccionar un vocabulario mural colectivo con palabras que incluyan dicho fonema.
* Repetir palabras que contengan el fonema /r̄/: ropa, rana, reloj, gorra, jarra...
* Completar y construir frases con el fonema /r̄/.
  - La casa del perro es la ..... (perrera).
  - La sangre es de color ..... (rojo).
* Repetir retahílas y/o cantar canciones en las que predomine el fonema /r̄/, remarcando su pronunciación.

– Para habilitar la correcta articulación de los sinfones /kr/ y /gr/, se proponen las siguientes actividades-tipo:

* Inspiración nasal y espiración bucal, mientras se articulan los fonemas /k/ o /g/.
* Mientras se realiza la actividad anterior, se colocan los labios en la posición del fonema /r/.
* Articular los dos fonemas, introduciendo entre ambos una vocal de apoyo (/i/):
  - /kirakirakirakirakirakira.../
  - /guiraguiraguiraguiraguiraguira .../
* Repetir la actividad anterior, pero haciendo tónica la sílaba /rá/ y con la mayor rapidez posible:
  - /kirákirákirákirákirákirá ..... [kra]
  - /guiráguiráguiráguirá ..... [gra]
* Practicar delante de un espejo para observar los movimientos buco-faciales.
* Recopilar palabras que contengan estos sinfones, formando con ellas un vocabulario fonológico.
* Construir frases con esas palabras.
* Reproducir trabalenguas que incluyan esos sinfones.
* Cantar canciones en las que predominen los sonidos [kr] y [gr], y remarcar su pronunciación.

3 Trastornos articulatorios de carácter orgánico: disglosias y disartrias

El lenguaje es una conducta comunicativa esencial en el ser humano, que aparece en el niño cuando surge en él la necesidad, el deseo y la posibilidad de hablar. Una buena expresión y comprensión lingüística facilita las relaciones interpersonales. Hablar bien incrementa la confianza, la seguridad personal y la autoestima del niño. El habla puede ser considerada como una de las habilidades más complejas del ser humano. Pero para que la comunicación sea efectiva se necesita un mensaje que transmitir, lo cual exige un sujeto emisor (hablante) y un sujeto receptor (oyente), que intercambian sus papeles en una relación de reciprocidad. Cuando existe una disfunción en la persona que habla, se produce una alteración cuyo origen puede estar en uno o varios de los siguientes sistemas: a) respiratorio, que proporciona el aire que transmite los sonidos; b) fonador (la laringe), que proporciona el sonido; c) articulatorio, formado por los órganos bucales que posibilitan la articulación (activos: labios, lengua, paladar blando; pasivos: dientes, alveolos y paladar duro).

Cuando los órganos del sistema articulatorio presentan una lesión o malformación, se aprecia una alteración en la producción de los fonemas (dislalia orgánica). De igual forma, cuando existe una afectación del sistema nervioso, mengua la capacidad articulatoria del hablante, ante la imposibilidad para producir correctamente los sonidos de su lengua (disartria). En ambos casos, para conseguir una adecuada articulación de los fonemas, el órgano activo se ha de mover hacia el órgano pasivo correspondiente creando un espacio en el que, al pasar el aire, se consigue el sonido que determina cada fonema. Es así como la actividad de los músculos implicados en el habla regula y, por tanto, acomoda la corriente de aire espirada para producir los distintos sonidos de un idioma. De ahí la importancia de poseer una buena estructura de los órganos bucofonatorios y de la cavidad oral, así como de sus funciones: respiración, fonación, succión, masticación y deglución. La realización del habla involucra múltiples procesos vinculados con la dimensión cognoscitivo-lingüística y el control sensoriomotor (Melle, 2007), de tal

manera que, desde el punto de vista anatómico-funcional, la calidad del habla depende de la integridad de los sistemas sensoriales de audición y visión, de la perfección del sistema nervioso y del aparato fonoarticulador, así como del control respiratorio y de la probidad morfológica de los órganos periféricos de la fonación.

1. Caracterización de los trastornos

Es evidente que en la comunicación oral se implican múltiples sistemas. En efecto, como señalan Gamboa et al. (2001, 153), el sistema respiratorio desempeña un importante papel en el habla, generando y controlando flujos y presiones de aire, con contribuciones del sistema digestivo (boca, mandíbula y dientes). Además, el acto de hablar exige una gran coordinación en los movimientos de la pared torácica y los sistemas mecánicos abdominales, la laringe y la faringe, los labios, la lengua, los dientes y la mandíbula, de manera que todas las funciones se realicen en el momento oportuno y durante el tiempo necesario para la producción de cada sonido. Asimismo, durante el habla, el sistema nervioso recibe información de estas estructuras y músculos, tanto por vía cinestésica como mediante la vía acústica, de forma que el sistema auditivo se revela como otro importante medio para que el sistema nervioso ejerza su control.

En el desarrollo del habla, Terband y Maassen (2010) contemplan dos fases principales: la primera es una fase perceptivo-motora en la que el niño adquiere el control del sistema articulatorio; la segunda es una fase fonológica, durante la cual conquista el sistema fonológico de su lengua. Ambas fases son superadas con éxito por la mayoría de los niños, aunque algunos puedan encontrar enormes dificultades como consecuencia de ciertas lesiones o trastornos neurológicos.

En este sentido, los trastornos del habla de base orgánica oscilan desde simples sustituciones de sonidos (en casos leves de disglosia) hasta la inhabilidad para utilizar el lenguaje (en casos extremos de disglosia o disartria). Ambos derivan, pues, de malformaciones en los órganos periféricos del habla o se vinculan con lesiones en el sistema nervioso. Se diferencian, entonces, según su carácter nosológico, dos categorías: las disglosias y las disartrias, cuyas manifestaciones se aprecian de manera especial en el habla de las personas. De hecho, la capacidad de hablar depende en buena medida de la habilidad adquirida para controlar los músculos de la boca, la lengua, el paladar y la cavidad bucal. Uno y otro trastorno pueden incidir negativamente en el desarrollo afectivo (autoestima y autoconcepto), social (aislamiento y exclusión) y psicológico (sentimiento de inferioridad, culpabilidad y problemas depresivos) del niño.

1.1. Las disglosias: descripción y tipos

Los trastornos articulatorios pueden ser de etiología funcional (dislalias funcionales) u orgánica, generalmente motivados por una malformación congénita de los órganos del habla (dislalias orgánicas o disglosias). Las alteraciones del habla de origen orgánico (disglosias) derivan de anomalías en las estructuras óseas y musculares de los órganos bucofonatorios, que generan trastornos en la producción verbal. Son parte de este grupo las fisuras o hendiduras, las lesiones de partes óseas o musculares y las alteraciones de forma y tamaño de estas estructuras.

Para Martínez (2006, 187), "los trastornos del habla de origen orgánico provienen de anomalías musculoesqueléticas, problemas en las estructuras óseas y musculares que conforman los órganos orofonatorios o cavidades supraglóticas, las cuales están relacionadas directamente con la producción del habla (...). El término que engloba este tipo de alteraciones del habla, según los especialistas, es el de disglosia". En efecto, se denominan disglosias a las alteraciones del habla provocadas por anomalías o malformaciones de los órganos encargados de la articulación de los fonemas. Estas pueden tener un origen congénito (p.e., las malformaciones craneofaciales o las fisuras o hendiduras labio-palatinas) o adquirido (p.e., las lesiones orofaciales, ciertas intervenciones quirúrgicas o parálisis en algunos órganos responsables del habla). Su denominación específica proviene del órgano responsable de la articulación defectuosa de los fonemas, es decir, de la afectación que presenten los labios, las mandíbulas, los dientes, la lengua y el paladar, por lo que se conocen diferentes tipos de disglosias, cuyas repercusiones en la calidad del habla depende del grado de afectación del órgano implicado en la realización del lenguaje y cuyo denominador común es la alteración de la articulación fonética. Interesa, por tanto, identificar tanto el órgano u órganos periféricos del habla afectados como la intensidad o gravedad de la afectación, para poder anticipar un pronóstico.

Teniendo en cuenta el órgano dañado, se han identificado diferentes tipos (Cfr. Figura 3.1):

a) Disglosias labiales, cuando los desórdenes articulatorios se deben a una alteración en la forma, movilidad, fuerza o consistencia de los labios. Sus principales causas son: labio leporino, frenillo labial superior, fisura del labio inferior, parálisis facial de uno o ambos lados, alargamiento de la hendidura bucal, neuralgias del trigémino y algunas heridas labiales.

b) Disglosias mandibulares, cuando las dificultades de la articulación de algunos fonemas son consecuencia de alteraciones en la forma de los maxilares. Sus principales causas son: progenie, resección de maxilares, disostosis maxilofacial.

Figura 3.1. Tipos de disglosias



c) Disglosias dentales, cuando los trastornos de la articulación fonemática son debidos a una alteración en la posición o forma de las piezas dentarias, por razones de alimentación, herencia, desequilibrios hormonales, ortodoncias, prótesis...

d) Disglosias linguales, cuando las disfunciones en la articulación están ocasionadas por problemas morfológicos de la lengua, que pueden afectar a la rapidez, exactitud y sincronización de sus movimientos. Entre sus causas están: la macroglosia (lengua muy grande), glosectomías (extirpaciones quirúrgicas totales o parciales), parálisis unilateral o bilateral de este órgano o frenillo corto.

e) Disglosias palatales, cuando las alteraciones fonemáticas se producen por una malformación del paladar óseo o del velo del paladar, como consecuencia de fisuras palatinas, paladar ojival, y otras como paladar corto, fisura submucosa del paladar, paladar ojival, úvula bífida, velo largo, perforaciones...

f) Disglosias nasales, cuando los desórdenes en la articulación de las palabras son debidas a disposiciones anómalas de las cámaras de resonancia. Se han identificado las siguientes:

- Rinolalia abierta, rinofonía o hiperrinolalia, que consiste en un incremento de la resonancia nasal a consecuencia de un escape de aire por la nariz durante el habla, produciendo una voz nasalizada.
- Rinolalia cerrada, hiporrinolalia o hiporrinofonía, que consiste en una disminución de la resonancia nasal producida por una obstrucción entre las fosas nasales y la cavidad bucal, por vegetaciones, pólipos...
- Rinolalia mixta o alteración en la articulación por una insuficiencia velar y una deficiente oclusión nasofaríngea. Se atribuye a causas congénitas (hendidura del paladar, la fisura submucosa o la insuficiencia velar), adquiridas (heridas, difteria, parálisis nerviosas), y funcionales (hábitos inadecuados, contracciones y espasmos de velo...).

En suma, las disglosias se producen cuando un tipo de lesiones periféricas y que afectan a nervios concretos paralizan o dificultan la actividad de un único órgano o dominio muscular determinado.

1.2. Las disartrias: descripción y tipos

Las disartrias reúnen un considerable grupo de cuadros clínicos (parálisis cerebral infantil, tumores cerebrales, meningoencefalitis y traumatismos craneoencefálicos) en los que están alteradas funciones básicas relacionadas con el habla. No se trata de trastornos primarios del lenguaje, sino de desórdenes secundarios a lesiones en el sistema nervioso central y/o periférico, de etiología diversa, que generan alteraciones motoras en el habla, de intensidad variable según el tipo y gravedad de la disartria.

Etimológicamente la palabra disartria deriva del griego (dys=defecto y arthron=articulación), significando un defecto en la articulación de la palabra. Darley, Aronson y Brown (1969, 1975) la definen como un nombre colectivo para un grupo de trastornos del habla resultantes de alteraciones en el control muscular sobre el mecanismo del habla, debido a daños en el sistema nervioso central o periférico, que genera problemas en la comunicación oral por parálisis, debilidad o incoordinación de la musculatura del habla. Ésta es una capacidad individual que, producida por la acción muscular de los labios, la lengua y el velo del paladar, con la ayuda de la respiración y la laringe, la persona puede emplear para vehicular su lenguaje.

El trastorno neurológico es la base de la disartria, la cual se acompaña generalmente con dificultades en la calidad de la voz (disfonías neurológicas), descoordinación de movimientos bucofaríngeos (incluyendo masticación y deglución), e incoordinación fonorrespiratoria. En efecto, el deterioro del sistema nervioso responsable de la emisión del habla puede provocar desajustes en la inervación y/o función de estos músculos, o en la coordinación motora, ocasionando defectos en el habla o la voz por disminución de la fuerza muscular de los órganos fonoarticulatorios y respiratorios, por trastornos del tono (flacidez, espasticidad, rigidez) o por movimientos insuficientes o extraordinarios. Estas manifestaciones pueden comprometer la competencia comunicativa del hablante, como consecuencia de una disminución en la inteligibilidad de su habla, variable que mejor ilustra la capacidad de comunicación de la persona con disartria. La inteligibilidad del habla puede definirse como el grado en que el mensaje de un hablante es recuperado por un oyente, o sea, el grado de acoplamiento entre la intención de un hablante y la respuesta de un oyente (Schiavetti, 1992). Para su evaluación, puede ser de interés el test de inteligibilidad de Monfort y Juárez (2001).

A tenor de lo expuesto, los síntomas más característicos de este trastorno del habla se pueden concretar en los siguientes:

- Trastornos de motricidad general, habida cuenta de la torpeza e imprecisión de movimientos psicomotrices, que generan evidentes dificultades en la realización de actividades manuales y corporales (escribir, pintar, caminar...).
- Trastornos sociales y comunicativos, que repercuten en el desarrollo de la personalidad y de los aspectos esenciales del lenguaje.
- Trastornos de la motricidad articulatoria, debidos a movimientos superficiales e insuficientes, débiles y poco fluidos del órgano implicado directamente en la producción del sonido.
- Trastornos de pronunciación, generalmente sustituciones, distorsiones o ausencia de ciertos sonidos, por paresias y/o parálisis de los órganos articulatorios.
- Trastornos de la respiración, generados frecuentemente por la presencia de una respiración superficial, a menudo clavicular y con tiempo de inspiración muy breve.
- Trastornos de voz (nasal y poco modulada), por afectación de las cuerdas vocales y del velo, además de las típicas alteraciones en la respiración.
- Los trastornos en la entonación, a consecuencia de un lenguaje poco expresivo y monótono, con frecuentes pausas inapropiadas.

Conviene, no obstante, diferenciar entre la disartria y la apraxia verbal (Cfr. Figura 3.2), aunque ambas sean desórdenes motores del lenguaje. En efecto, si la disartria se refiere a trastornos articulatorios (fonemáticos) ocasionados por lesiones de las zonas del sistema nervioso que gobiernan los músculos de los órganos fonatorios y producen dificultades en la programación o ejecución motora (alteraciones articulatorias), así como problemas para realizar las actividades de succión, soplo, masticación y deglución, la apraxia verbal es una alteración en la planificación motora del habla, que conlleva dificultades para seleccionar y secuenciar patrones motores de la lengua, los labios, la laringe, etc., que transforman los sonidos del lenguaje en un código motor para después ser ejecutado. La apraxia produce una incapacidad para ordenar actividades motoras simples dentro de actividades motoras complejas, razón por la cual el movimiento complejo se ve parcialmente realizado, interrumpido o sustituido parcial o totalmente por otro que no corresponde al intencionalmente enviado. Representa, pues, una alteración en la programación de los movimientos complejos para la producción del habla en ausencia de una parálisis o lesión que impida el movimiento. En cuanto trastorno fonético-motriz de la producción del habla, no es atribuible al déficit del tono muscular ni a los déficits en el procesamiento auditivo, táctil, kinestésico o propioceptivo (McNeil, Robin y Schmidt, 1997).

Figura 3.2. Trastornos articulatorios de base orgánica



Por consiguiente, si en la disartria existe una afectación del control neural de los músculos del habla (parálisis o debilitamiento de los músculos del habla), en la apraxia existe una afectación del planeamiento de los movimientos motores implicados en la producción del habla (no hay parálisis o debilitamiento de los músculos del habla).

El desorden más extremo y grave de la disartria se denomina anartria, en cuyo caso los sujetos están imposibilitados para articular correctamente las palabras, por una insuficiencia neuromuscular. En la disartria existe una ausencia de coordinación entre movimientos musculares individuales en laringe, boca y aparato respiratorio, lo que provoca una vocalización confusa, que a veces genera un habla casi ininteligible. Supone, por tanto, un desorden en la articulación de los sonidos del lenguaje, a causa de daños o lesiones en los mecanismos neurológicos encargados de enviar información a los músculos de los órganos fono-articuladores para ejecutar sus movimientos.

En líneas generales, las estructuras nerviosas que pueden verse afectadas y ser responsables de las dificultades en la articulación de fonemas y palabras son las siguientes:

- Nervio vago, responsable de la movilidad del paladar, la faringe y la laringe, cuya afectación o parálisis produce disfonía flácida, voz baja y ronca y cierta hipernasalidad.
- Nervio hipogloso, en cuanto órgano regulador del movimiento, cuya afectación se traducirá en una imprecisión articulatoria.
- Nervio facial, cuya afectación puede disminuir o anular la movilidad facial, produciendo distorsiones en la articulación de las consonantes bilabiales y labiodentales.
- Nervio frénico, cuya alteración reduce la capacidad de exhalar aire durante la respiración, produciendo una respiración rápida y superficial, que afecta a la articulación fonemática.

Las patologías descritas no comprometen de forma directa al proceso codificador sino al momento en el que el mensaje ha de ser emitido mediante la ejecución motriz precisa para exteriorizarlo.

Las disartrias son los trastornos más típicos de la parálisis cerebral, aunque también se consideran como tales aquellos desórdenes articulatorios cuya etiología se encuentra en enfermedades de los nervios o músculos de la lengua, faringe, laringe, labios, paladar y/u otros órganos fonoarticulatorios, pero no en la anatomía de ellos.

Su etiología es variada y en numerosas ocasiones son diversos los factores responsables de su aparición. Si bien es posible señalar algunas causas más comunes: traumatismos craneoencefálicos, infecciones por virus, tumores, parálisis bulbar, parálisis facial, problemas perinatales (anoxia), enfermedades neurológicas...

En cuanto a su tipología, se admite generalmente la clasificación establecida por la Clínica Mayo de EEUU, referida por Duffy (2005): a) flácida, b) espástica, c) atáxica, d) hipocinética, e) hipercinética, f) mixta.

1.2.1. La disartria flácida

Se trata de una lesión localizada en la neurona motriz inferior, cuyas manifestaciones más típicas son una voz ronca y de baja intensidad, una respiración jadeante con presencia de sonido al inspirar. Al haber una parálisis del músculo elevador del paladar y de los músculos constrictores de la faringe, se produce una hipernasalidad en el habla. Según Gamboa et al. (2001), las lesiones de la neurona motora inferior ocurren por alteraciones del tronco cerebral y bulbo (vasculares, degenerativas, tumorales, etc.). Pueden causar disfunción de las neuronas motoras, como en la disfonía espasmódica o en el temblor esencial, o un déficit

funcional que produce una parálisis de los nervios laríngeos superior y recurrente, que causa flacidez en la cuerda vocal.

A nivel perceptivo, suele identificarse (a) una torpeza articulatoria: inspiraciones fáciles de escuchar, imprecisión consonántica y voz ronca; (b) una incompetencia resonadora: hipernasalidad, imprecisión consonántica y presencia de frases cortas; (c) una inhabilidad fonatorio-prosódica: voz áspera, monotonal y monointensa. Las alteraciones a nivel lingüístico se aprecian preferentemente en la fonación, resonancia y prosodia.

1.2.2. La disartria espástica

Es una lesión localizada en la neurona motriz superior. El aumento del tono de los músculos laríngeos produce un estrechamiento de la apertura laríngea y un incremento de la resistencia al flujo de aire. En estos casos, en los que coexisten debilidad e hiperactividad muscular, la articulación de las consonantes es poco precisa, abundando las distorsiones vocálicas y una excesiva nasalización en las emisiones orales, generalmente con frases cortas. La voz es ronca y la tonicidad excesiva. A veces se producen interrupciones tonales o de respiración y no son infrecuentes los reflejos musculares anormales.

Si los niños con espasticidad muscular muestran mucha resistencia al movimiento y su marcha se caracteriza por un andar "en tijera" con apoyo en las puntas de los pies, los niños con atetosis tienen movimientos continuos y frecuentes muecas faciales. En ambos casos los problemas del habla son relevantes.

1.2.3. La disartria atáxica

El cerebelo, órgano encargado de regular la fuerza, velocidad, duración y dirección de los movimientos ocasionados en otros sistemas motores, es ahora el foco de la lesión, lo cual genera cambios en la velocidad de movimientos de labios y mandíbula, afectando probablemente la celeridad de movimiento de las estructuras laríngeas. En este sentido, los síntomas más característicos son los movimientos imprecisos y lentos, la hipotonía e incoordinación, el tono de voz monótono, la poca definición consonántica y la distorsión vocálica.

En la disartria atáxica se produce una pérdida de la coordinación de las acciones musculares y, en ocasiones, hipotonía. Las alteraciones del lenguaje se observan fundamentalmente en la fonación (voz exenta de variaciones tonales y con dureza vocal), prosodia (prolongación de fonemas y de los intervalos entre ellos, variaciones) y articulación (imprecisiones articulatorias y distorsiones vocálicas, habla lentificada).

1.2.4. Las disartrias por lesiones en el sistema extrapiramidal

El sistema motor extrapiramidal es el encargado (junto con el diencéfalo y el tálamo óptico) de regular el tono muscular en reposo y los músculos antagónicos cuando hay movimiento, sistematizar los movimientos automáticos y adecuar los gestos faciales. La afectación del sistema extrapiramidal genera alteraciones en el control motor, evidenciadas por una excesiva o inapropiada tensión, temblor y contracciones espasmódicas involuntarias (Gamboa et al., 2001).

Las lesiones en el sistema extrapiramidal puedan ocasionar dos tipos de disartrias: hipocinéticas e hipercinéticas.

1.2.4.1. Disartria hipocinética

Las características más significativas de este trastorno son los movimientos lentos, la rigidez excesiva y la pérdida de automatismos. Como consecuencia, el habla se vuelve imprecisa (en las consonantes), defectuosa y monótona (en todas las articulaciones), lenta (con frecuentes e inapropiadas pausas), y la voz ronca, débil y trémula. Abundan las alteraciones prosódicas (acento reducido, silencios inapropiados) y las variaciones en el ritmo articulatorio.

1.2.4.2. Disartria hipercinética

Esta disartria se caracteriza por la presencia de movimientos anormales involuntarios y que aparecen en reposo, durante posturas sostenidas o mientras se realizan movimientos voluntarios. También se aprecian distorsiones en la articulación de las vocales y cambios prosódicos. La voz es ronca y áspera.

En las disartrias hipercinéticas las mayores dificultades se observan en la respiración, fonación, resonancia, prosodia y articulación.

1.2.5. Las disartrias mixtas

Constituyen el trastorno motórico del habla más complejo, resultado de la combinación de características propias de los sistemas motores implicados. Para Duffy (2005), estas disartrias son las más frecuentes, seguidas de las disartrias atáxicas.

En síntesis, las disartrias conllevan, de acuerdo con Prater y Swift (1996), alteraciones de la inervación motora de los músculos del mecanismo vocal que se caracterizan por trastornos de la articulación, la fonación, la resonancia y la respiración, que provocan anormalidades neuromusculares como trastornos de la fuerza muscular o del tono o excesivos movimientos involuntarios.

La siguiente tabla incluye una síntesis representativa de estos trastornos (Cfr. Tabla 3.1).

Tabla 3.1. Caracterización de las disartrias (Busto y Faig, 2006, 140)

Tipología	Localización	Sistemas afectados	Posibles causas	Dificultades que las caracterizan	Componentes a evaluar
Disartria flácida	Enfermedad del sistema nervioso periférico (SNP): neurona motriz inferior	Músculos de la respiración	– Infecciones víricas (poliomielitis) – Tumores – Ataque irrigación sanguínea – Degeneración progresiva de células nerviosas – Enfermedades congénitas	– Insuficiencia respiratoria → respiración rápida y superficial, ensanchamiento aletas nasales, empleo músculos accesorios. – Imposibilidad respiratoria →coloración azulada en labios, respiración jadeante.	– Bases psicomotoras (tono muscular, conductas motrices de base). – Tono muscular (miembros superiores, inferiores, cabeza y hombros). – Control atención y emociones. – Coordinación dinámica general. – Control postural o equilibrio. – Expresión motora gruesa y fina. – Función respiratoria (fuerza, duración y ritmo). – Tipo respiratorio (costo-diafragmático). – Conducta respiratoria – Función de la voz (intensidad, tono, timbre). – Praxias bucofaciales (labios, lengua, gestos faciales). – Órganos bucofonoarticulatorios. – Habilidad rítmica (ritmo y fluidez del habla). – Fonología productiva. – Fonología reproductiva. – Percepción auditiva (comprensión, discriminación, atención, memoria, integración y asociación). – Secuenciación morfosintáctica. – Selección léxica. – Capacidad comunicativa.
		Musculatura de la alimentación y del habla		– Alteración músculos elevadores maxilar inferior. – Alteración motilidad de los labios. – Debilidad lingual. – Alteración sonidos sonoros y sordos → hipernasalidad. – Alteración procesos de alimentación.	
Disartria hipocinética	Enfermedad del sistema nervioso central (SNC)	Sistema motor extrapiramidal	– Parálisis cerebral: * Enfermedad de Parkinson	– Movimientos bucoarticulatorios lentos → frases cortas con imprecisiones articulatorias – Repetidos silencios inadecuados; inicio de la palabra vacilante → ritmo del habla monótono y tembloroso. – Debilidad intensidad de la voz; voz inspirada → hipernasalidad.	
Disartria hipercinética			– Parálisis cerebral: * Hipercinesias rápidas: movimientos coreicos (Corea Sydenham, Corea Huntington) * Hipercinesias lentas: atetosis y distonía	– Contracciones involuntarias músculos habla. – Hipercinesias rápidas: movimientos involuntarios rápidos; lentitud movimientos voluntarios; tono muscular variable; respiración súbita forzada; voz áspera o forzada; nasalidad de los sonidos. – Hipercinesias lentas (atetosis): hiperextensión y flexión cuerpo → movimientos involuntarios durante fatiga y emociones de los músculos de respiración, voz, articulación, ritmo y fluidez del habla. – Hipercinesias lentas (distonías): movimientos involuntarios lentos y prolongados en emisión oral; disminución altura tonal; habla lenta (bradilalia); prolongaciones de los fonemas; intervalos entre sílabas; silencios inadecuados.	
Disartria espástica		Sistema motor piramidal o neurona motriz superior	– Parálisis cerebral: * Espasticidad	– Hipertonía corporal y de los órganos buco-fonoarticulatorios → lentitud de movimientos corporales y bucales; dificultad producción cadena oral.	
Disartria atáxica		Sistema cerebeloso	– Parálisis cerebral: * Ataxia	– Hipotonía general; temblor intencional; falta de precisión psicomotriz; dificultad de la coordinación motricidad fina (fonación, articulación) → lentitud de movimientos bucoar-ticulatorios; monotonía en altura tonal y ritmo del habla → palabra deslizante, escandida y explosiva con imprecisión de los sonidos.	
Disartria mixta		Múltiples sistemas motores	– Etiología variada. – Enfermedades como la esclerosis lateral amiotrófica y la múltiple	– Dificultades múltiples.	

2. Evaluación de los trastornos

En la evaluación del lenguaje de un niño con alguna patología orgánica se han de tener en cuenta dos consideraciones iniciales (Gallego y Rodríguez, 2005): 1) si no se posee información precisa sobre la alteración orgánica, se solicitará un examen médico especializado (audiométrico, neurológico...); 2) si la afectación o lesión es conocida, se requerirá, en primera instancia, el informe clínico para, una vez analizado, proceder a evaluar la competencia comunicativa del niño. La colaboración, en todos los casos, es imprescindible. Las actuaciones cooperativas multidisciplinares se perciben como una estrategia útil para profundizar en el conocimiento de las peculiaridades de la comunicación, el habla y el lenguaje de los hablantes, siendo los trastornos lingüísticos de base orgánica un espacio axiomático de multidisciplinaridad y de trabajo cooperativo.

Con independencia del trastorno, las disfunciones en la articulación se manifiestan mediante omisión, sustitución, inserción o distorsión de uno o más fonemas, lo cual afecta a la inteligibilidad del discurso.

2.1. Evaluación de las disglosias

La evaluación de las disglosias reclama una acción multiprofesional. El estado de los órganos implicados en la producción del lenguaje (laringe, faringe, cavidades nasales y pulmones) lo proporcionan los exámenes médicos especializados. Al logopeda corresponde valorar, desde un punto de vista funcional, los órganos fonoarticulatorios y respiratorios responsables del habla. Para ello, los datos obtenidos de la familia y el tutor, en su caso, se antojan muy aconsejables.

Como ya se ha señalado, estos trastornos del habla se asocian a alteraciones que afectan a los patrones de producción de los sonidos de la lengua, y suelen estar vinculados principalmente con el momento de la ejecución neuromotora del lenguaje. Las manifestaciones más típicas son la adición o inserción de sonidos inexistentes en una palabra, la distorsión o imprecisión articulatoria, la omisión o ausencia de fonemas constitutivos de una palabra y la sustitución de un sonido constituyente por otro inexistente. Las causas son diversas (Cfr. Figura 3.1), incluyéndose en la siguiente tabla una hoja de registro (Cfr. Tabla 3.2) con la intención de facilitar la evaluación de los órganos y funciones implicadas en la producción de los sonidos del lenguaje.

2.2. Evaluación de las disartrias

Según Ortiz y Carrillo (2008), las disfonías neurológicas son comunes en las disartrias y desempeñan un papel fundamental en el diagnóstico diferencial, por lo que es esencial que tanto en la evaluación como

Tabla 3.2. Evaluación de las disglosias (hoja de registro)

¿Qué evaluar?		¿Cómo evaluar?
Órganos bucofonatorios	Labios: posición habitual, forma, simetría, movilidad, tonicidad, frenillo, malformaciones.	Ejercicios de estiramiento, retracción, vibración, lateralización...
	Lengua: posición habitual, forma, movilidad, tonicidad, malformaciones, frenillo.	Ejercicios de estiramiento, retroposición, elevación, vibración, lateralización...
	Maxilares: ausencia/separación de piezas dentarias, cierre (mordida), simetría, malformaciones, prótesis.	Exploración visual
	Paladar duro: forma, malformaciones. Paladar blando: movilidad y forma de la úvula, malformaciones.	Exploración visual
Funciones orofaciales	Respiración: modo, coordinación y tipo.	Ejercicios de respiración nasal/bucal. Ejercicios de inspiración nasal/ espiración bucal. Comprobar el tipo de respiración (costal superior, abdominal, costoabdominal)
	Capacidad pulmonar	Espirómetro
	Deglución	Ingerir
	Masticación	Masticar chicle
	Fonación	Intensidad, tono y timbre de voz
Praxias bucofonatorias	En labios	Realizar algunos de los ejercicios recogidos en la Tabla 2.2 del Capítulo 2
	En lengua	
	En maxilares	
	En paladar	
Discriminación auditiva	Sonidos	De llaves, monedas...
	Sílabas	Ejercicios de identificación de sílabas y de sencillas palabras
	Palabras	
Articulación	Fonemas	Ejercicios de pronunciación de fonemas, sílabas y palabras significativas
	Sílabas	
	Palabras	

Resultados de la evaluación				
Problemas en los órganos bucofonatorios	**Problemas en la respiración**	**Problemas en la discriminación auditiva**	**Problemas en las praxias**	**Problemas en la articulación**

en la intervención se tenga en cuenta todo el mecanismo del habla: respiración, fonación, resonancia, prosodia y articulación. En efecto, la insuficiente inervación de los órganos articulatorios genera alteraciones en la pronunciación, así como una deficiente coordinación de movimientos musculares en laringe, boca y aparato respiratorio, lo que provoca una vocalización confusa y desórdenes en la articulación de los sonidos de la lengua, resultante de daños o lesiones en los mecanismos neurológicos encargados de enviar información a los músculos de los órganos fono-articuladores para ejecutar sus movimientos. El grado de afectación del habla, la voz y el lenguaje depende de la localización de

la lesión neurológica. Las autoras justifican la importancia de la evaluación de la función fonatoria en los siguientes términos:

a) cualquier debilidad, lentitud o falta de coordinación de los músculos de la laringe se percibe en la voz;
b) en los casos más graves de trastornos neurológicos, el examen de las características de la fonación puede revelar información importante acerca de la neuropatología subyacente;
c) por su valor fundamental en la planificación del tratamiento.

En general, en la evaluación clínica de las disartrias se consideran, pues, los siguientes aspectos: valoración del habla y de la voz, de la motricidad laríngea, de la motricidad oral y sus principales funciones (succión, masticación, deglución), de la motricidad facial (mímica) y de la coordinación fonorrespiratoria. En términos lingüísticos, el trastorno afecta básicamente no solo a la articulación de los sonidos y la fonación (intensidad, resonancia, entonación y tono), sino que también compromete la respiración, el ritmo y la fluidez de la emisión. Este cúmulo de manifestaciones exige una evaluación multidimensional del niño que reclama el concurso de diferentes profesionales: médicos, logopedas, psicopedagogos, fisioterapeutas y asistentes sociales, así como de la familia, para establecer una valoración global del sujeto que permita conocer cuáles son las afecciones y los posibles trastornos asociados (Puyuelo, 1996; Truscelli, 2001). Este enfoque multidisciplinar, en el que es imprescindible la participación de la familia, contribuye a una mejor comprensión de la problemática que presenta el niño, ya que está pensado para conocer su funcionamiento comunicativo y lingüístico, así como las condiciones que favorecen su desarrollo. Los padres deben informar sobre los primeros meses de vida del niño en aspectos tan importantes como la motricidad, el desarrollo del lenguaje, la alimentación... El informe neurológico facilita y orienta la evaluación logopédica, así como el conocimiento de los posibles trastornos asociados. El informe del otorrinolaringólogo dará a conocer cuáles son las bases anatómico-funcionales afectadas que tienen repercusión directa sobre el lenguaje y el habla infantil. El fisioterapeuta informará sobre el grado de maduración motriz alcanzado por el niño. Del informe psicológico se obtendrán datos valiosos acerca del nivel cognitivo y de socialización. El educador (informe pedagógico) reportará datos relevantes en cuanto a las discrepancias que existen entre los conocimientos del niño y las exigencias del currículo. A partir de esta información, el logopeda realizará una completa evaluación sobre la comunicación y el lenguaje en su conjunto para detectar insuficiencias y proponer un programa de intervención personalizado que satisfaga las necesidades encontradas.

Sin olvidar que es necesario hacer una evaluación individual de cada niño que incluya los aspectos psicológicos, sociales, físicos, del habla y de la voz para diseñar una intervención ajustada a sus necesidades y

posibilidades, la siguiente tabla informa sobre los parámetros y aspectos a considerar en la evaluación (Cfr. Tabla 3.3).

Tabla 3.3. Evaluación de las disartrias

¿Qué evaluar?	Aspectos
Dominio corporal	– Patrón postural del niño. – Ausencia de control del tronco. – Ausencia de control cefálico.
Respiración	– En reposo. – En habla. – Tiempo máximo de fonación. – Modo: bucal, nasal, mixto. – Tipo de respiración: clavicular, torácica, diafragmática. – Coordinación fonorrespiratoria.
Fonación	– Tipo de voz: ronca, nasal... – Tono. – Calidad vocal. – Frecuencia. – Intensidad. – Estabilidad de emisión.
Resonancia	– Movilidad velofaríngea. – Funcionalidad del velo. – Imprecisión acústica.
Articulación	– Producción fonemática. – Movilidad facial. – Inteligibilidad del habla. – Habla espontánea. – Repetición. – Lectura de palabras aisladas y frases. – Calidad expresiva.
Prosodia	– Modulación. – Velocidad. – Altura. – Intensidad del habla.
Mecanismos motores del habla	– Fuerza y coordinación muscular. – Velocidad y precisión de movimientos. – Simetría de la musculatura facial en general y específica de mandíbula, lengua, labios y laringe, en reposo y en movimiento. – Motricidad reducida de la lengua.
Otras funciones del sistema orofacial	– Control de la succión (capacidad, ritmo, fuerza). – Control de la masticación (mordida, motricidad mandibular, rotación mandibular). – Control de la deglución (en reposo, durante la comida y al hablar). – Incoordinación succión-deglución. – Incoordinación masticación-deglución. – Funciones restringidas de los labios.

Una completa evaluación como la que se propone permite definir el tipo de trastorno, valorar su entidad y sugerir las pautas más apropiadas para el inicio de la reeducación. En efecto, a partir del diagnóstico médico, de la información de la familia y previa exploración global del niño, el logopeda puede establecer la línea base desde la que implementar un programa personalizado de intervención.

3. Intervención de los trastornos

Aunque el tratamiento es diferente, según las características individuales, se presentan algunas pautas genéricas de actuación, para orientar la intervención de los trastornos articulatorios de base orgánica. En todos los casos, la dimensión reeducativa más tradicional, centrada sobre todo en la consideración del código lingüístico, ha de dejar paso a la búsqueda de las dimensiones funcionales de la comunicación, sin olvidar la relevancia que adquiere la denominada terapia miofuncional para la intervención de estos trastornos.

La terapia miofuncional es un tipo de intervención orientada a subsanar las disfunciones relacionadas con la funcionalidad de los músculos, al tratar de conseguir un equilibrio orofacial que permita realizar patrones neuromusculares de comportamiento del sistema orofacial adecuados mediante una ejercitación específica, a partir de masajes, estimulación mecánica, praxias, etc. (Bartuilli, Cabrera y Periñán, 2007).

3.1. Intervención en las disglosias

Dado que las disglosias comprometen no solo los órganos fonoarticulatorios sino también determinados aspectos de las capacidades fisiológicas del niño, su tratamiento ha de considerar las funciones motoras, como la masticación, la voz y la respiración, además de los órganos fonoarticulatorios, como la lengua, los maxilares, las arcadas dentarias, el velo del paladar o los labios, implicados en la articulación del habla. Todos estos aspectos constituyen los elementos básicos de un programa de intervención. Tampoco se debe ignorar la intensidad o grado de afectación y tipo de alteración orgánica, para diseñar el tratamiento pertinente, que frecuentemente tendrá carácter interdisciplinar (Cfr. Figura 3.3). De forma general, en los casos de disglosias es relativamente frecuente proceder del siguiente modo: 1) tratamiento quirúrgico y/u ortodóncico o protésico; 2) tratamiento logopédico con especial atención a los movimientos de los distintos órganos bucales, la articulación, la deglución, la respiración y el soplo.

Figura 3.3. Atención interdisciplinar de las disglosias



En algunos casos muy puntuales (p.e., frenillo lingual o labial) dilucidar sobre la pertinencia o no de una intervención quirúrgica, previa a la atención logopédica, no es tarea fácil. Sin embargo, en otras patologías el tratamiento médico especializado es ineludible o muy recomendable, dados los efectos positivos que tiene sobre la rehabilitación del habla. En todo caso, esta decisión depende obviamente del órgano afectado, del grado de afectación y de las peculiaridades del hablante, es decir, de su capacidad para utilizar de forma eficaz ese órgano.

Teniendo en cuenta lo anterior, se señalan a continuación algunas pautas genéricas para la intervención (Gallego y Rodríguez, 2005, 72-74):

- En las disglosias labiales, independientemente de la intervención quirúrgica (que, en todo caso, habrá de realizarse a partir de los seis meses y, por supuesto, previo a que comience a hablar: tratamiento prelocutivo), se realizarán masajes, se estimularán los movimientos de ambos labios en todas las direcciones y sentidos posibles, a través de actividades como soplar, succionar, presionar y movimientos faciales y buco-faciales. Realizados estos ejercicios y una vez adquirida cierta motilidad labial, se atenderá a la realización articulatoria, para lo cual son de utilidad las pautas propuestas en el capítulo anterior. Presumiblemente, serán defectuosos los fonemas labiales y labiodentales.
- En las disglosias mandibulares se requiere desarrollar la motilidad de la lengua, los labios y, por supuesto, de las mandíbulas. Además, en el caso de la disostosis mandibular (deformación de la mandíbula), se procurará aliviar los problemas respiratorios y de succión inherentes a esta malformación, lo que repercutirá positivamente en el habla del niño. De otra parte, en el caso de la progenie (crecimiento desmesurado de la mandíbula inferior), los defectos articulatorios serán, tras la corrección ortodóncica pertinente, pocos y de fácil superación. De cualquier manera, nuevamente se potenciará el desarrollo de los patrones lingüísticos adecuados.
- En las disglosias dentales conviene tener presente que, si se opta por un tratamiento protésico u ortodóncico, provocará presumible-

mente otros trastornos lingüísticos colaterales (disglosia protésica). Pese a ello, el pronóstico de la intervención suele ser bastante favorable, incluso los progresos se producen de forma natural, debido a la enorme plasticidad o capacidad de adaptación del niño al aparato corrector. Indudablemente, el mejor tratamiento para esta disfunción es la prevención de enfermedades dentales, mediante la implantación de hábitos saludables y una alimentación adecuada.

- En las disglosias linguales, algunas pueden superarse con cierta facilidad, bien mediante una intervención quirúrgica o sin ella, como sucede en los casos de disglosias por frenillo labial o lingual. Peor pronóstico poseen las disglosias por parálisis del hipogloso. Por otro lado, los casos de glosectomía (extirpación total o parcial de la lengua) y malformaciones linguales dependerán del grado de la pérdida de masa lingual y de la deformación, respectivamente. Siempre se realizarán ejercicios linguales y labiales, y, en su caso, masajes, electroterapias, ejercicios de masticación, succión y deglución. La mejora simultánea de la articulación de los fonemas afectados se procurará con actividades similares a las propuestas en el capítulo anterior.
- En las disglosias palatales y nasales la intervención atenderá la reeducación de la respiración y el soplo, para evitar las pérdidas de aire por la nariz. Para ello, se entrenará la inspiración nasal y la espiración bucal, emitiendo sonidos vocales y sordos, principalmente. Paralelamente, se procurará mejorar la movilidad del velo del paladar mediante juegos de soplo, de succión, haciendo gárgaras, bostezando, y en cuanto a la articulación es aconsejable la combinación alternativa de una vocal y un fonema sordo. También es necesario potenciar la motricidad del labio superior presumiblemente afectado en las fisuras palatinas, mediante diversos ejercicios (movimientos diversos, presión de objetos, separación, unión y superposición de los labios, y movimientos de la lengua). Por último, habrá que prestar atención, asimismo, a la reeducación de las alteraciones propias de la hendidura palatina, a saber:
  * Tratar de corregir el golpe de glotis, mediante la inspiración nasal profunda y la articulación de los fonemas oclusivos.
  * Eliminar los trastornos de origen faríngeo, como el ronquido nasal, mediante la correcta posición de la lengua y del labio superior.
  * Corregir la salida de aire nasal, causante de la incorrecta articulación de los fonemas oclusivos.

Se trata, en fin, de procurar una óptima movilidad del paladar, con ejercicios tales como hinchar los carrillos, masajear la pared faríngea y provocar excitaciones de la úvula, para optimizar la articulación de los fonemas palatales y velares.

3.2. Intervención en las disartrias

El tratamiento de las disartrias reclama una actuación sobre la globalidad del niño, que contemple tanto las posturas y movimientos corporales que facilitan las emisiones verbales, a través de la inhibición de los reflejos que obstaculizan el desarrollo de movimientos funcionales y de control de los músculos de las extremidades, del tronco y de la cabeza, como los aspectos relacionados con fonorrespiración, relajación, motricidad buco-facial y la ejecución de las funciones orofaciales (succión, masticación, deglución) y control del babeo (sialorrea). No se trata, por tanto, de una acción restrictiva sino de una actuación global e interdisciplinar.

No obstante, de acuerdo con Melle (2007), inicialmente, la intervención de las disartrias habrá de considerar el ámbito no lingüístico del problema, es decir, la motricidad oral y facial y las funciones deglutorias y respiratorias, con el fin de fortalecer las cualidades musculares, para luego pensar en la intervención fonética, sobre todo con actividades de repetición de patrones motores asociados a los lugares y modos de articulación de los fonemas consonánticos que se hallan alterados. Lo cierto es que la mayoría de los enfoques fundamenta su tratamiento en los conceptos fonético-articulatorios. Si bien un programa de reeducación de un habla disártrica ha de atender no solo a la articulación de los sonidos del lenguaje sino también a todos los aspectos o variables implicados en la calidad del habla, a sabiendas de que la inteligibilidad del habla es a menudo en las disartrias el principal objetivo de la intervención (Van Nuffelen et al., 2009).

3.2.1. Ingredientes básicos de un programa de intervención

En general, la reeducación del lenguaje en niños con parálisis cerebral debe cubrir dos relevantes macroobjetivos (Puyuelo, 1996): uno cognitivo-lingüístico, que comprende todos los medios orientados a facilitar el desarrollo lingüístico de la persona, y otro social, encaminado a favorecer la integración de estos aprendizajes en el entorno social del sujeto. Para facilitar su consecución, se ha de diseñar un programa que contribuya a habilitar el habla del niño con disartria, el cual debe incidir, al menos, en los siguientes aspectos (Gallego, 2000b): el control de la postura, la respiración, la fonación, la articulación, la motricidad buco-facial y la prosodia.

Equilibrio general y control postural

La evolución del equilibrio general del niño y su adecuado control postural dependen, en buena medida, de la probidad de su sistema nervioso. Cualquier lesión encefálica, como sucede en estos casos, inhibe o ralentiza el desarrollo psicomotor. Las posiciones corporales inadecua-

das no sólo pueden ocasionar deformidades físicas, sino que también condicionan el desarrollo de la comunicación del niño. Una adecuada postura corporal facilita la emisión de los sonidos.

La modificación de la postura puede conseguirse simplemente con instrucciones verbales, con la ayuda de aparatos o mediante el uso de prótesis. La finalidad es recuperar una "figura" corporal idónea para facilitar la emisión verbal del hablante.

Cuando la espasticidad y rigidez del tono muscular son acusados, resultan aconsejables las actividades de relajación global o analítica (tensión/distensión). En los casos de hipotonía es útil la realización de actividades que impliquen fuerza y tensión, ajustadas siempre a las necesidades de cada sujeto.

En general, se ha de proporcionar ayudas que contribuyan a mejorar el control del tronco y de la cabeza, por cuanto facilita la respiración, la articulación del lenguaje y el aumento del volumen de la voz. La colaboración entre profesionales incrementa la efectividad de estas actividades, dado que se puede trabajar globalmente las necesidades físicas y comunicativas del niño.

Desarrollo de la motricidad buco-facial

Las relaciones entre las disfunciones buco-faciales y las dificultades de articulación son evidentes. La motricidad buco-facial condiciona no solo la ingesta de alimentos por el niño, sino también la articulación de los sonidos de la lengua. No obstante, aunque las dificultades de motricidad buco-facial son frecuentes en niños con parálisis cerebral, habida cuenta de sus trastornos sensoriomotores, sus repercusiones en el nivel articulatorio, fonatorio y de alimentación puedan variar considerablemente de unos a otros. A este efecto, se hace necesario proporcionarles los patrones corporales y fonatorios adecuados, necesarios para que sean capaces de expresarse de la forma más normaliza posible. No se trata de exigirles un mayor esfuerzo para que su voz débil se vuelva más fuerte o para que su debilidad motriz se aminore; se trata de planificar actividades encaminadas a flexibilizar y movilizar los órganos articulatorios (praxias de los órganos orofaciales) y de la fonación.

La estimulación de labios, lengua y faringe contribuye no solo a la mejora de la articulación sino que también facilita la deglución, debido a que se aumenta la motilidad de esa zona y se aminoran los efectos de la disfunción. Las actividades de mímica facial (actividades labiolinguales, fruncir la frente, cerrar y abrir fuertemente los ojos, hacer muecas, subir las cejas...), contracciones velofaríngeas y los ejercicios articulatorios son apropiados para este fin. Igualmente las actividades de masticación son útiles para activar los órganos que participan tanto en la articulación y la emisión vocal como en la deglución, porque exigen la realización de movimientos coordinados de los músculos implicados en el habla y la alimentación del niño.

Incremento de la capacidad respiratoria

La respiración desempeña un relevante papel en la expresión oral. Cuando el niño posee un adecuado control de la respiración, la calidad de su habla se incrementa notablemente. En este sentido conviene subrayar la importancia de la respiración nasal y la relevancia de la respiración diafragmática, dado que permite ejercer un mayor control sobre el proceso espiratorio. Las actividades respiratorias están pensadas para contribuir a un incremento de la capacidad pulmonar del niño, así como para mejorar la regulación y el control de las fases de la respiración (inspiración-espiración). Por consiguiente, la buena respiración no solo tiene efectos positivos en la calidad del habla y de la voz, sino también en el desarrollo articulatorio y en la mejora de la deglución. En este sentido, conviene mostrar al niño cómo se debe realizar la respiración, qué mecanismos se implican y cuáles son las principales dificultades.

Entre las posibles actividades se señalan (Garrido, 1999):

- Realizar adecuadamente la respiración y relajar los distintos segmentos corporales: 1) vivenciar la respiración (inspiración-espiración), poniendo las manos en el abdomen y después en el tórax para que así sienta cómo se hinchan y deshinchan; 2) imaginarse que es un globo (primero se hincha y después se deshincha); 3) en actitud de calma, solicitar al niño que relaje los distintos miembros de su cuerpo al tiempo que se le sugiere tranquilidad, calma...
- Realizar ejercicios de soplo: 1) intentar apagar una vela situada a diferentes distancias; 2) mover la llama soplando, sin que llegue a apagarse; 3) hacer pompas de jabón; 4) ejercicios con pitos, matasuegras...; 5) mantener un globo en el aire soplando; 6) con un papel delante de la boca intentar moverlo lo máximo posible; 7) intentar mover una bolita de plástico a diferentes distancias con el soplo.

Otros ejercicios de indudable interés son: inspiración nasal y expulsión bucal o viceversa, inspiración de aire acompañada de gestos corporales, relajar el abdomen en inspiración y contraer durante la espiración, espiraciones con voz controlando el tiempo de fonación (de menos a más), espiración con emisión de palabras, frases cortas...

Reeducación de la fono-articulación

Los niños con parálisis cerebral suelen carecer del control necesario para movilizar correctamente los órganos fonoarticuladores (labios, lengua, paladar blando, laringe). Teniendo en cuenta las peculiaridades de cada caso, son aconsejables la realización de actividades labiolinguales y de voz para ejercitar los órganos implicados en la producción verbal. No obstante, la actuación irá encaminada previamente a ejercitar la re-

gulación del tono, el incremento de la fuerza y el recorrido muscular del movimiento de los distintos órganos articulatorios, para incidir después en la articulación propiamente dicha. Si la correcta articulación del lenguaje es un objetivo importante en cualquier programa de intervención, no lo es menos la estimulación de los órganos implicados en los niños con discapacidades motrices. Las propuestas de Tardieu y Bobath son un buen ejemplo en este sentido.

Aspectos prosódicos del lenguaje

Los mayores límites a la comunicación del niño los imponen los trastornos articulatorios y las alteraciones prosódicas. Para la habilitación de los aspectos prosódicos del lenguaje hay que concienciar al niño de la importancia que aquéllos tienen en su expresión hablada. No se puede ignorar que la inteligibilidad de los mensajes depende fundamentalmente del uso adecuado de los elementos suprasegmentales del lenguaje (entonación, pausas, ritmo...). La práctica, a partir de un modelo de referencia, de diversas variaciones en el ritmo, acentuación, entonación e intensidad de los discursos son actividades muy aconsejables. Se trata pues de ejercitarse en tareas que exijan el control del tono, la intensidad de la voz, la fluidez del habla y la entonación y la melodía del discurso. Entre las actividades de interés se pueden citar las siguientes: variación de patrones tonales, de intensidad, acentuación o duración, imitación de tonos y patrones tonales, repetición de oraciones remarcando la entonación, emisión de oraciones interrogativas, afirmativas, exclamativas...

3.2.2. Programas para la reeducación de la comunicación, el lenguaje y el habla

Dos programas se han revelado especialmente útiles en el tratamiento de los trastornos articulatorios (disartrias) de niños con parálisis cerebral: el de Tardieu y el de Bobath (véase Busto, 1988). Ambas metodologías otorgan una atención especial a la claridad y precisión del habla.

Tardieu contempla una metodología global de intervención que incluye tareas de relajación, respiración, voz, labiolinguales, así como la ejercitación de las funciones orofaciales (deglución, masticación y control del babeo). A continuación, pretende desarrollar la expresión y comprensión fonética a través de la articulación de los fonemas que constituyen la palabra. Para ello se tiene en cuenta fundamentalmente la agrupación de los fonemas según el punto de la articulación, considerando la importancia del aspecto práxico-gnósico y motor (el niño debe saber colocar su lengua y labios en la posición correcta y dar la calidad

correcta a la contracción). El autor plantea un orden de reeducación según el punto de articulación de los fonemas:

1.º Las vocales, en este orden: /a/, /o/, /u/, /e/, /i/.

2.º Los fonemas consonánticos, siguiendo también un orden: a) velares, oclusivos - fricativos, sonoros (ga, go, gu, gue, gui); b) velares, fricativos, sordos (ja, jo, ju, je, ji, ge, gi); c) velares, oclusivos, sordos (ca, co, cu, que, qui, ki); d) bilabial, nasal, sonoro: /m/; e) bilabial, oclusivo, sordo: /p/; f) bilabial, oclusivo, fricativo, sonoro: /b/ (b, v); g) labiodental, fricativo, sordo: /f/; h) dental, oclusivo, sordo: /t/; i) dental, oclusivo, fricativo, sonoro: /d/; j) interdentales, fricativos, sordos (za, zo, zu, ce, ci); k) alveolar, lateral, sonoro: /l/; l) alveolar, nasal, sonoro: /n/; m) alveolar, fricativo, sordo: /s/; n) alveolar, vibrante, simple, sonoro: /r/; ñ) alveolar, vibrante, múltiple, sonoro: /r/; o) palatal, africado, sordo: /c/; p) palatal, nasal, sonoro: /n/; q) palatal, lateral, sonoro: /l/; r) palatal, fricativo, sonoro: /y/; s) sinfones: /pr/, /br/, /fr/, /tr/, /dr/, /gr/, /kr/, /pl/, /bl/, /fl/, /gl/, /kl/.

Por su parte, la metodología Bobath defiende una intervención temprana de niños con parálisis cerebral, advirtiendo que antes de pasar a la reeducación fonemática hay que tener en cuenta los órganos de la alimentación. Para ello postula inicialmente el dominio del funcionamiento de la boca (control de la mandíbula, succión, deglución, masticación, babeo) y el control de la alimentación (alimentación con biberón, alimentación con la cuchara, la bebida). Después propugna la importancia de la reeducación de la respiración, de la voz y de los movimientos bucofonatorios, para facilitar la reeducación de los fonemas.

Bobath considera que la parálisis cerebral interfiere las capacidades motrices normales (mantenimiento de la postura y el equilibrio) y dificulta el control de la cabeza, la posición de sentado o arrodillado y la de levantarse, así como el movimiento en dichas posiciones. De ahí la necesidad de normalizar el tono muscular inhibiendo la actividad refleja anormal y educar al niño para que asuma ese comportamiento. Para esta metodología es de vital trascendencia: 1.º inhibir los reflejos anormales de la postura y el movimiento; 2.º facilitar las posturas y los movimientos normales. La técnica Bobath parte del fonema /a/, para pasar a reeducar los fonemas anteriores /e/, /i/ y luego los posteriores /o/, /u/, aunque en lo que refiere a la facilitación de los fonemas consonánticos, no sigue un orden preestablecido en la reeducación de los mismos. Para facilitar el dominio de la articulación del lenguaje, Bobath propone una serie de posturas inhibidoras de reflejos:

1. Posición del niño en decúbito lateral, con los miembros inferiores flexionados. El educador hace rodar con su mano derecha el hombro del niño y con la izquierda la cabeza. Con esto se busca obtener una relajación y después una mejor estabilización pos-

tural. Cuando esto se logra, se hace pronunciar al niño el sonido cada vez más fuerte y prolongado, para lograr así una mejor articulación.

2. Sentado el educador sobre una mesa, apoyando su lado derecho en la pared, sitúa al niño transversalmente sobre sus rodillas con los pies apoyados sobre la mesa. En esta postura sujeta la parte posterior de la cabeza del niño con la mano derecha y con la izquierda el hombro, para facilitar así la articulación.
3. En esta misma posición sujeta las mejillas del niño con su mano izquierda, de modo que se obtiene una relajación de la boca y unas contracciones fonéticas correctas.
4. Posición del niño sentado sobre una mesa, las rodillas flexionadas y rodeadas por sus manos, con la cabeza ligeramente flexionada. El educador se coloca detrás de él para ayudarle a mantener esta posición y hacerle mover suavemente la boca, a fin de inhibir la tensión de los músculos del cuello. Lograda esta inhibición, se inicia el ejercicio fonético.

El autor considera asimismo que se deben programar actividades para regular el grado de tensión y la movilidad de las cuerdas vocales, con el fin de mejorar la intensidad, el tono y el timbre de voz. Ahora bien, alcanzada la suficiente calidad articulatoria, conviene atender los aspectos léxicos y morfosintácticos que permitan al niño un adecuado uso social del lenguaje. En los casos más extremos, cuando el niño no sea susceptible de adquirir un lenguaje verbal, se recurrirá a un sistema alternativo/aumentativo de comunicación, compuesto por códigos que se han creado para satisfacer las necesidades comunicativas de quienes poseen un deterioro físico-motor y/o alteraciones estructurales (orgánicas) o funcionales relevantes en su aparato verbo-vocal que les impide comunicarse a través de técnicas logofoniátricas.

ANEXO I

CASO 1. ¿Qué le pasa a Diego?

1. ¿Qué sabemos?

Diego es un niño de 4 años y 9 meses cuyos padres están muy preocupados al darse cuenta de que su hijo no habla como otros niños de su edad. Dicen que comprende todo lo que se le dice, pero que se le nota que le cuesta trabajo hablar. Confiesan que, aparentemente, ellos no le ven nada raro, pero cuando le exigen que hable bien el niño dice que no puede y se enfada mucho.

Su tutora constata estas apreciaciones y subraya que Diego suele terminar los trabajos de aula entre los primeros y que su competencia curricular es muy buena, aunque le nota un cierto retraimiento cuando tiene que hablar en público, debido a que algunos sonidos no consigue pronunciarlos correctamente.

En la exploración logopédica no se estima ninguna dificultad en la respiración y en la voz, pero sí se aprecia una alteración orgánica (frenillo lingual), que le impide realizar adecuadamente los movimientos necesarios para articular los fonemas en los que este órgano (la lengua) está implicado, especialmente en la producción de los fonemas /r̄/, /r/ y /s/. Su desarrollo morfosintáctico, semántico y pragmático es normal para su edad.

2. Diagnóstico presuntivo

Disglosia lingual.

3. ¿Qué se puede hacer?

La lengua, principal órgano activo en la articulación de los fonemas, precisa de una extraordinaria motricidad y sincronía en sus movimientos para ejecutar con corrección los sonidos del lenguaje. No obstante, se necesita que esté verdaderamente inmovilizada para que la articulación de los fonemas no sea posible, aunque su producción sea deficitaria.

En los casos de disglosia por frenillo sublingual, puede ser aconsejable consultar con un médico acerca de la pertinencia o no de una intervención (quirúrgica) para facilitar la corrección articulatoria de los fonemas comprometidos. Esto no implica que siempre que exista frenillo lingual vaya a producirse la dificultad articulatoria (disglosia) y menos aún que la presencia de un frenillo exija inexcusablemente un tratamiento quirúrgico, previo a la atención logopédica. La experiencia demuestra que muchos niños con esta malformación pueden llegar a articular correctamente todos los fonemas de su lengua con una intervención logopédica adecuada y sin necesidad de una atención quirúrgica. Por ello, aunque la consulta clínica pueda ser recomendable, es necesario valorar la funcionalidad articulatoria del niño y siempre que sea posible evitar la situación clínica traumática y proceder a su rehabilitación, me-

diante un entrenamiento del control motor que facilite la motilidad suficiente de la lengua con el fin de permitir al niño adoptar las posiciones cambiantes que la producción de los sonidos requiere.

Determinadas alteraciones en la fisiología del aparato fono-articulador pueden quedar resueltas gracias a la misma versatilidad de este órgano, sin que aparezcan necesariamente problemas en la expresión. Pero, a veces, un frenillo lingual provoca un sigmatismo y/o un rotacismo, al limitar los movimientos linguales e impedir la correcta articulación de estos fonemas. Por ello, es conveniente poseer un conocimiento suficiente sobre la forma, el tamaño y la función de los órganos que intervienen en la articulación del lenguaje, así como acerca de las actividades más aconsejables para incrementar su soltura.

Conviene subrayar, no obstante, que la intervención quirúrgica mediante un corte en el frenillo lingual para liberar la punta de la lengua no implica una automática desaparición de la alteración articulatoria. La reeducación es siempre imprescindible, pudiendo consistir ésta en un simple entrenamiento motor, o bien en realizar un plan de intervención similar al que se ha señalado en el Anexo I del capítulo anterior.

Actividades aconsejables para incrementar la motricidad lingual y facilitar la producción de los fonemas afectados serían:

- Ver Tabla 2.2 (habilidades labiolinguales) del capítulo 2.
- Imitar sonidos que incluyan los fonemas afectados (metralleta, moto, ruido de una ducha...)
- Enseñar al niño el punto de articulación, con la ayuda de un depresor.
- Realizar ejercicios con la lengua donde se practique el punto de articulación de dichos fonemas.
- Practicar delante de un espejo.
- Enseñar canciones en las que predominen esos fonemas.
- Realizar el sonido del fonema incrementando la rapidez e intensidad.
- Pronunciar listas de palabras que contengan los fonemas problemáticos.

CASO 2. ¿Qué le pasa a Sara?

1. ¿Qué sabemos?

Sara es una niña con parálisis cerebral que ha cumplido recientemente los 6 años. Su informe médico revela que presenta una lesión localizada en el cerebelo. A consecuencia de ello, la niña carece de una coordinación armoniosa de movimientos, teniendo alterados los esquemas de la motilidad voluntaria general (hipotonía, pérdida del equilibrio, incoordinación fonorrespiratoria) y también los patrones rítmicos

del habla (incoordinación e irregularidad de movimientos, articulación imprecisa). Su voz es áspera y monótona, con pocas variaciones de intensidad, y su expresión muestra escasa definición consonántica, distorsión vocálica y prolongación de los fonemas.

Sus padres manifiestan una enorme preocupación por la educación de su hija y su tutora reclama orientaciones claras que le ilustren sobre cómo ayudar a su alumna.

2. Diagnóstico presuntivo

   Disartria atáxica.

3. ¿Qué se puede hacer?

La reeducación de Sara exige un programa personalizado en el que se contemplen diversos objetivos: facilitar la coordinación fonorrespiratoria y desarrollar una correcta respiración para el habla, incrementar su tono muscular, propiciar un modelo de articulación inteligible y normalizar su voz, favoreciendo el ritmo, la fluidez verbal, la entonación y la expresividad, y creando mecanismos compensadores para las alteraciones funcionales. Para ello, es imprescindible un trabajo colaborativo entre padres, tutora, fisioterapeuta y logopeda.

Teniendo en cuenta estos objetivos, se señalan a continuación algunas actividades/acciones que facilitan su consecución. Previamente, no obstante, se ha de insistir en que una buena postura corporal es imprescindible no solo para la adecuada emisión de los sonidos del lenguaje y la facilitación de un tono postural normal, sino también para propiciar un eficiente desarrollo articulatorio y una buena fonorrespiración y mejora de la deglución. La ausencia de control de cabeza o tronco impide iniciar el tratamiento en posición de sentado y obliga a realizarlo en posición de decúbito (técnica Bobath).

Para mejorar la respiración son aconsejables ejercicios tales como vivenciar la respiración costoabdominal, inspirar lentamente aire por la nariz y expulsar el aire de forma pausada por la boca (hacerlo a distintos ritmos), relajar el abdomen durante la inspiración y contraerlo en la espiración, inspiraciones nasales del aire y espiraciones con control abdominal, inspiraciones nasales y espiraciones con control del tiempo de fonación, el cual se debe ir incrementando paulatinamente, inspiraciones y espiraciones acompañadas de gestos corporales (brazos, tronco...), inspiraciones y espiraciones con emisión de palabras y/o frases cortas inicialmente que se irán prolongando, inspiraciones prolongadas y espiraciones alargadas con emisión de números, cifras, palabras o frases, ejemplificar respiraciones nasales y bucales para vivenciar sus diferencias, etc. Estos ejercicios respiratorios se pueden combinar también con tareas de soplo (soplar velas, pelotas de ping-pong, etc.). Los ejercicios respiratorios ayudan a mejorar la capacidad y el control espiratorio y a optimizar las cualidades de la voz y el habla.

Para mejorar los atributos vocales, afectados con mayor o menor intensidad en este caso, se realizarán actividades de relajación general y relajación del tracto buco-faringo-laríngeo y actividades tusígenas para mejorar el timbre y aumentar la intensidad, actividades de articulación, ejercicios linguales para modificar la posición de la lengua, emisiones de ruidos y sonidos variando el tono y la intensidad para mejorar la resonancia, ejercicios de masticación y bostezo, emisiones con inclinación y rotación de cabeza, imitar patrones de entonación, repetición de oraciones (interrogativas, afirmativas...) remarcando la entonación y/o los conectores lingüísticos, emisión de frases y oraciones con distinto ritmo expresivo, ejercicios de inspiración profunda, retención del aire y emisión, aclarar la garganta, actividades de contraste de intensidades, relajación de la musculatura de labios, lengua y mejilla durante la emisión de sonidos, palabras y frases, etc.

Para mejorar la prosodia son aconsejables las actividades de canto, repetir patrones tonales, de intensidad, acentuación o duración, imitar patrones de entonación o tonos emitidos por el reeducador, repetir oraciones remarcando la entonación o los elementos de enlace, utilizar la terapia musical (canciones), hacer declamaciones y recitar poesías o repetir juegos de palabras, etc.

Para mejorar la articulación, se realizarán actividades de fortalecimiento y coordinación de mejillas, labios, lengua y velo (inflar mejillas, pasar el aire de una a la otra, movimientos de extensión, proyección, lateralización y rotación de los labios, sacar e introducir la lengua, moverla en diversas direcciones, tocar con la lengua el paladar duro, inflar los carrillos, empujar los dientes con la lengua), gestos faciales (tirar besos, silbar, fruncir la frente, cerrar y abrir fuertemente los ojos, la boca, hacer muecas, subir las cejas...). Y, en general, todas las actividades recogidas en la Tabla 2.2. del capítulo 2. A continuación se procederá con la ejecución de los sonidos de la lengua incluidos en palabras, frases y situaciones de comunicación, ejercitando la pronunciación silabeada, el habla sobre-articulada y las emisiones con lentitud exagerada. Estos ejercicios pueden realizarse frente a un espejo para facilitar que la niña imite a su reeducador. Asimismo, para mejorar la hipotonía muscular que afecta su habla se recomiendan ejercicios de movilización (pasiva-activa) para intentar restablecer la funcionalidad de los órganos articulatorios. A este efecto, los masajes de estimulación bucal y facial son muy aconsejables.

La realización de ejercicios de estimulación de lengua, labios y faringe contribuye a mejorar la capacidad deglutoria, al aumentar la motilidad de estos órganos, y también a disminuir la sialorrea (babeo), típico en casos de paresia, parálisis, debilidad o falta de control motriz de labios y lengua, o por la propia dificultad que entraña la deglución. Por tanto, estas actividades cumplen un doble objetivo: por un lado, evitar la disfagia; de otro, incrementar la calidad articulatoria.

4 Trastornos de fluidez verbal: la tartamudez infantil

La tartamudez es un desorden del habla difícil de definir, dado su carácter multifacético y la complejidad de discernir cuáles son sus rasgos esenciales y cuáles sus signos adicionales. Mientras unos la consideran un trastorno motor del habla, otros perciben como núcleo del desorden la discapacidad del habla (Ward, 2006). Sea como fuere, el tartamudeo infantil constituye un desorden de fluidez verbal típico del habla del niño. Este trastorno, que condiciona la funcionalidad de la comunicación en su conjunto, es de naturaleza multifactorial, tenaz variabilidad, pronóstico incierto y tiene o puede tener implicaciones en diferentes ámbitos del desarrollo infantil (psicológico, fisiológico y social).

Se admite que entre los 2 y los 4 años el riesgo de los niños para tartamudear es elevado, lo que disminuye gradualmente a partir de entonces, constatándose pocos casos en los que los inicios se produzcan después de los 9 ó 10 años de edad (Curlee, 2004). No obstante, el tartamudeo es un fenómeno complejo que incluye variedad de características y niveles de gravedad muy distintos.

Según Sangorrín (2005), la prevalencia en la población es del 0,75% y en la edad infantil se calcula que en torno al 5% de los niños experimentan episodios de tartamudeo durante algunos meses. Si bien todos los estudios coinciden en admitir una mayor prevalencia (75%) del trastorno en varones que en mujeres. El trastorno no responde a un perfil de persona concreta, aunque la observación clínica ha puesto de manifiesto la existencia frecuente de algunas condiciones especiales entre los niños disfémicos: perfeccionismo, ansiedad y susceptibilidad emocional.

Para su intervención, se han postulado multiplicidad de técnicas, métodos y procedimientos, sin que se pueda aventurar la existencia de estrategias consensuadas, válidas y eficaces para todos los casos, habida cuenta de la reaparición inesperada con que las pausas inapropiadas, los esfuerzos al hablar, las vacilaciones o las repeticiones impropias de sonidos, sílabas o palabras afloran en el habla del niño sin justificación aparente.

1. Caracterización, tipos e hipótesis

La tartamudez es un trastorno del habla proveniente de una disfunción neuromotora central, que altera temporalmente la exactitud motora bucofonatoria en las etapas de planeamiento, producción y monitorización del habla, y que podría reflejar una inestabilidad o pérdida de control de la función cerebral, más que una pérdida de función de una región particular del cerebro (Manaut-Gil, 2005). No obstante, este trastorno es difícilmente explicable en términos de alteración estrictamente motora, ya que los efectos de diversos factores lingüísticos sobre la ocurrencia de las disfluencias permite pensar en un componente disfuncional en la codificación fonológica en la tartamudez (Hernández y Álvarez, 2008). Ésta aparece tanto por una combinación de factores internos (predisposición), como derivada de una incapacidad del hablante para responder a las exigencias del entorno (medio ambiente exigente).

La perturbación, de naturaleza inconstante, variable en intensidad, ritmo y tiempo de habla, hace referencia a hablantes que muestran ciertas peculiaridades de expresión (disfluencias, vacilaciones, bloqueos, pausas inadecuadas, repeticiones o prolongaciones involuntarias de sonidos o sílabas...) en combinación con otras manifestaciones no lingüísticas (tics, rigidez en el cuello, respiración irregular, excitación o tensión, incoordinación de los grupos musculares implicados en la dicción...), sin que se pueda constatar daños orgánicos ni lesiones en los órganos de la articulación.

Según Yairi y Ambrose (2004), su presencia genera un habla caracterizada por prolongaciones y repeticiones intermitentes en partes de la palabra, además de bloqueos silenciosos e incluso movimientos de cabeza, manos, dedos y narinas. Se trata de un trastorno, de origen desconocido aunque supuestamente relacionado con factores fisiológicos, psicológicos, psicosociales, psicolingüísticos y ambientales (Shapiro, 1999), que afecta a la calidad de la comunicación. El DSM-IV lo ha definido como una alteración de la fluidez y de la organización temporal normales del habla (inadecuadas para la edad del sujeto), caracterizada por concurrencias frecuentes de uno o más de los siguientes fenómenos:

1. repeticiones de sonidos y sílabas;
2. prolongaciones de sonidos;
3. interjecciones;
4. palabras fragmentadas;
5. bloqueos audibles o silenciosos;
6. circunloquios para sustituir palabras problemáticas;
7. palabras producidas con un exceso de tensión física, y
8. repeticiones de palabras monosilábicas

(American Psychiatric Association, 1995).

Esta abundancia de síntomas impide la existencia de hablas tartamudas o personas disfluentes idénticas.

Crystal (1983) ha sintetizado la profusa sintomatología del trastorno en siete grupos:

1. El síntoma más reconocido es una cantidad anormal de repeticiones de segmentos, sílabas, palabras o frases como p-p-p-p-p—piso; el po-licía; creo que ha recibido un- recibido un-.
2. Obstrucciones del flujo del aire por incapacidad de la persona para darse cuenta de la tensión que ha producido al prepararse para articular un sonido. Este fenómeno se llama bloqueo y los sonidos individuales afectados, bloques.
3. Prolongaciones anormales de segmentos de sonidos, como en f-f-f-f-fiel, donde la f- se produce como un único sonido alargado y no con las breves pausas que van intercaladas.
4. Introducción en los momentos de dificultad de sonidos o palabras con fuerza únicamente emocional (por ejemplo, oh, ah).
5. Acentuación extraña en las palabras y entonación y tempo anormales en las oraciones, debido a un habla muy entrecortada y a una respiración irregular.
6. Las palabras y las frases pueden quedar inacabadas.
7. Evitación de ciertos sonidos, palabras y frases que pueden plantear problemas concretos a la hora de articularlos.

Por consiguiente, la tartamudez simboliza algo más que un bloqueo o traba en la realización del habla, por cuanto sus síntomas exceden los problemas de dicción y se evidencian en el mismo rostro del niño, quien se muestra incapaz para coordinar la actividad fonorrespiratoria con los órganos de la articulación. Que las disfluencias sean una característica típica y normal en el habla del niño a ciertas edades, no significa que «normal» deba ser interpretado como «frecuente» en la mayoría de los niños (Yairi, 1997).

1.1. Tipos de tartamudeo

En función de los criterios utilizados, se han identificado diferentes tipos de tartamudeo (Gallego, 2001; Gallego y Rodríguez, 2005):

- Criterio evolutivo

  En este caso, se diferencia entre tartamudeo fisiológico, primario o de desarrollo, de aparición temprana y de duración escasa; tartamudeo esporádico o transitorio, de recuperación espontánea; y real tartamudeo, de signo crónico, que se observa preferentemente en jóvenes y adultos.

- Criterio etiológico

  Según la etiología del trastorno, se diferencia entre tartamudeo de tipo psicológico, que se atribuye a causas emocionales, de tipo afectivo, estados de ansiedad e inseguridad, etc.; tartamudeo de tipo neurológico, atribuido a dificultades en el feedback auditivo, interferencias en el proceso natural de codificación, problemas de lateralidad, etc.; y tartamudeo de tipo lingüístico, vinculado a desórdenes de signo lingüístico.

- Criterio sintomatológico

  Cuando la base clasificatoria son los síntomas del trastorno, se distingue entre:

  1. tartamudeo clónico, caracterizado por repeticiones fonemáticas y/o silábicas, y ligeros espasmos repetitivos;
  2. tartamudeo tónico, cuyos síntomas más típicos son los bloqueos iniciales y fuertes espasmos; y
  3. tartamudeo mixto, que muestra los síntomas de ambos.

- Criterio de severidad

  Si se tiene en cuenta el grado de severidad del trastorno, se diferencia entre:

  1. tartamudeo ligero, que frecuenta alguna tensión articulatoria, sin movimientos asociados y cierta facilidad para superar los "bloqueos";
  2. tartamudeo moderado, que evidencia una tensión perceptible, algunos movimientos asociados y bloqueos perceptibles;
  3. tartamudeo severo o grave, que testimonia una excesiva tensión, bloqueos muy perceptibles y consistentes, así como excesivos movimientos asociados.

1.2. Hipótesis sobre la tartamudez

En la actualidad, la etiología del trastorno es discutible y continúa siendo una cuestión pendiente. Los estudios han identificado diversas causas en su génesis, según los casos, aunque las que parecen gozar de un mayor consenso entre los autores son las que lo atribuyen a (Irwin, 1983):

1. una neurosis;
2. una conducta aprendida;
3. una alteración orgánica.

No obstante, la búsqueda de sus fuentes ha propiciado la aparición de múltiples teorías (Cfr. Gallego, 2001) las cuales parecen convenir

en la ausencia de un único factor responsable del trastorno y la conveniencia de admitir un cúmulo de variables como causantes del mismo, aunque, en términos generales, se admita la prevalencia de dos factores principales (Fiedler y Standop, 1984):

a) la desincronización del feed-back auditivo –difícilmente se observan hablas disfémicas en sujetos hipoacúsicos– y
b) un trastorno en la coordinación neuro-muscular.

Sin embargo, las evidencias sugieren que su aparición se debe siempre a una combinación de factores cognitivos, motrices, constitucionales, ambientales y demás procesos involucrados en el lenguaje hablado (Smith y Kelly, 1997).

1.2.1. La hipótesis lingüística

Las teorías psicolingüísticas plantean que la tartamudez comienza durante la planeación del habla, y que las disfluencias son consecuencia de un déficit en el enlace fonológico (Hernández y Álvarez, 2008). Desde esta perspectiva, el origen del trastorno se deposita en innegables desórdenes lingüísticos, al constatar que frecuentemente las conductas de tartamudeo no solo suelen producirse a edades tempranas sino que además un importante número de niños con disfluencias muestran retrasos en su lenguaje, tienen dificultades durante la planeación del habla, presentan un sistema fonológico menos desarrollado u organizado (Melnick, Conture y Ohde, 2003) o muestran un problema en la codificación fonológica (Burger y Wijnen, 1999). Estudios descriptivos establecen una asociación de los desórdenes fonológicos con la duración e intensidad de las disfluencias y la severidad de la tartamudez (Yaruss, La Salle y Conture, 1998; Nippold, 2002). Se especula incluso con que los bloqueos, las prolongaciones y la repetición de sílabas se deban a errores fonéticos; las repeticiones de palabra ocurren por errores léxicos, y las repeticiones de frase son la consecuencia de errores de tipo semántico y/o sintáctico (Hernández y Álvarez, 2008).

1.2.2. La hipótesis psicológica

En ocasiones, los patrones de habla tartamuda responden a situaciones emocionales excitantes, tensas o de anticipación (Bloodstein, 1997), en las que se afecta la fluidez expresiva del hablante aunque no su capacidad articulatoria. Los estados emocionales (miedo, ansiedad...) pueden repercutir negativamente en el habla del niño, aunque el tartamudeo no siempre pueda explicarse desde una perspectiva psicogenética. A este efecto, se admite que la disminución de la sintomatolo-

gía del trastorno es inversamente proporcional a la presión emocional que experimenta el niño. Por ello, cuanto más complejos sean los enunciados y más potencial afectivo encierren, mayor riesgo de tartamudeo se producirá.

Las causas esgrimidas para justificar esta hipótesis son las siguientes:

- Entornos de ansiedad, angustia o fragilidad afectiva.
- Relaciones familiares inadecuadas (castigos, actitudes amenazantes o de desprecio hacia el lenguaje del niño).
- Presión excesiva sobre el habla del niño.
- Alteraciones de la personalidad o personalidad predisponente (intromisión, timidez, escasez de habilidades sociales...).
- Comportamientos de evitación comunicativa, relacionados con situaciones de ansiedad.
- Estados de excitación, nerviosismo o miedo ante determinados contextos comunicativos.

1.2.3. La hipótesis orgánica

Algunos estudios han atribuido el tartamudeo a problemas de carácter orgánico, admitiendo diversas causas en su origen:

- Disfunciones perceptivas. Las posibles interferencias que pueden producirse en la percepción de los estímulos provenientes de distintas vías (ósea, aérea y propioceptiva) son la base de una deficiente expresión verbal (Almonte et al., 1986).
- Disfunciones neuromusculares. La ausencia de fluidez discursiva también puede deberse a una desincronización de los impulsos correspondiente al control neuromuscular (Byrd, Conture y Ohde, 2007).
- Disfunciones orgánico-cerebrales. Algunas publicaciones constatan cómo determinados niños (p.e., síndrome Down) son más proclives a desarrollar un patrón de habla tartamuda. En estos casos, la aparición del trastorno se achaca a anomalías en el funcionamiento de los hemisferios cerebrales (Foundas et al., 2001). Ciertos estudios han sugerido que el tartamudeo emerge cuando se produce una cierta desactivación del hemisferio izquierdo y una sobreactivación del hemisferio derecho en las tareas de habla.
- Disfunciones en el sistema respiratorio y fonoarticulador. La incoordinación fonorrespiratoria es a veces la causa de la aparición de disfluencias en el habla del niño (Melnick, Conture y Ohde, 2003).

1.2.4. La hipótesis genético-ambientalista

Otros estudios han hallado en el inicio del trastorno componentes genético-ambientales predisponentes (Fleet y Heilman, 1985; McClean, 1990, Sangorrín, 2005), aunque se ignora su responsabilidad en la gravedad del mismo. Es decir, el tartamudeo aparecerá siempre y cuando exista una carga genética y una cierta influencia ambiental. Se podría admitir incluso una organización atípica de la actividad neuronal implicada en el procesamiento lingüístico, de tal manera que algunos hablantes activan en mayor medida el uso del hemisferio derecho en las actividades de habla y lenguaje, lo que provoca un funcionamiento cerebral menos eficiente en actividades lingüísticas (Guitar, 2006). No obstante, los estudios que tratan de averiguar la influencia de los factores ambientales en la tartamudez están en desuso, a pesar de su importancia para descifrar su relación con el factor genético y el esclarecimiento de las causas del trastorno (Sangorrín, 2005).

Las causas utilizadas para justificar el trastorno desde esta óptica son las siguientes: predisposición genética, zurdería (contrariada) previa, temperamento predisponente heredado, influencia de hablantes disfluentes, contextos de sobreprotección o escenarios familiares adversos (tensión familiar, exigencias paternas excesivas...).

En cualquier caso, el origen multifactorial del trastorno toma cada vez mayor consistencia, por lo que la explicación más razonable ha de buscarse en la combinación más que probable de factores psicológicos, somáticos, lingüísticos y psicosociales.

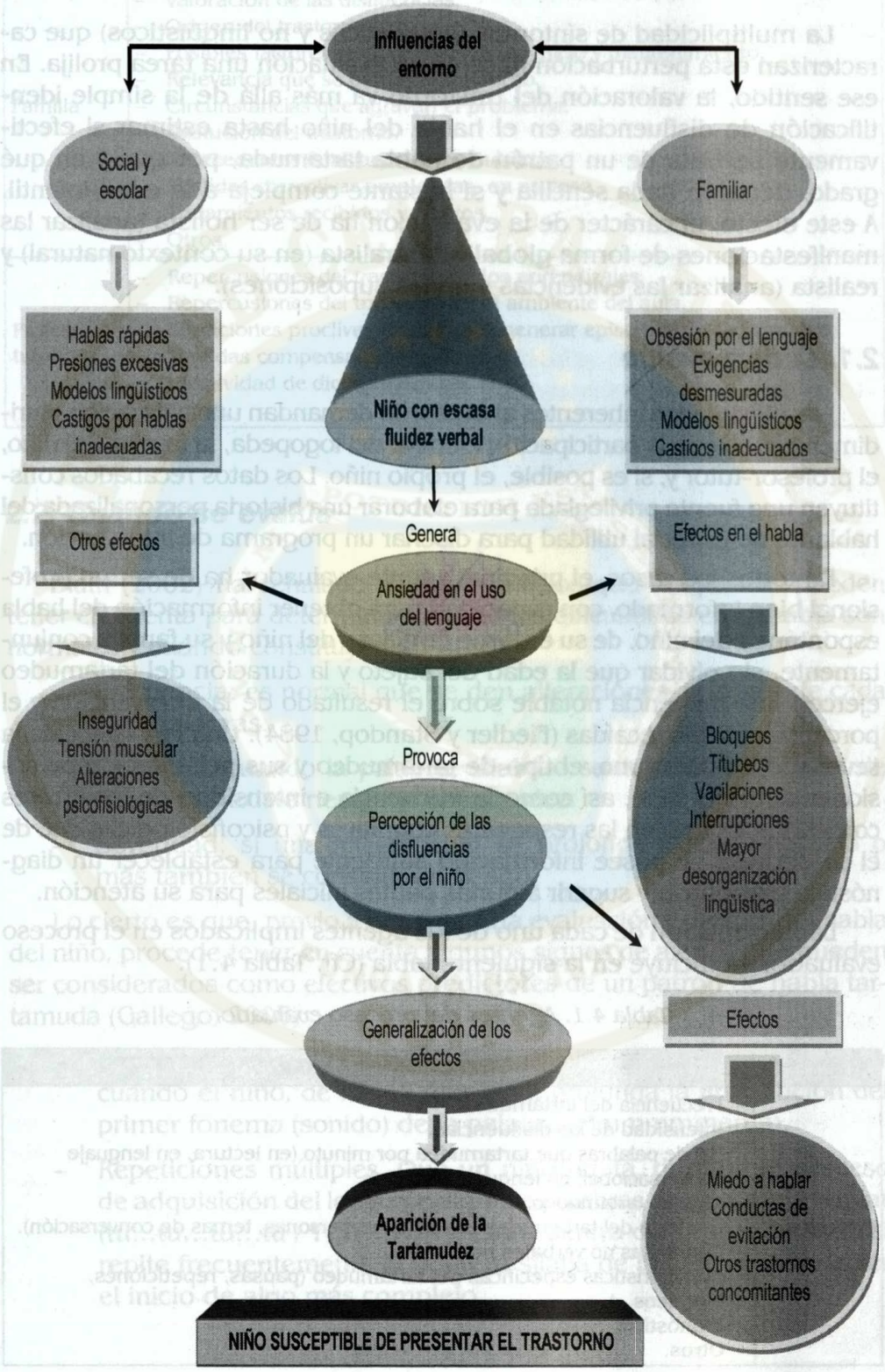
1.3. Exégesis general del tartamudeo

Si se quiere conocer el desarrollo del lenguaje de un niño no se puede prescindir del entorno lingüístico en el que éste ha desarrollado su habla. En muchos casos, en el entorno se ha de buscar la clave que permite dilucidar sobre los avatares que se suceden en la evolución del lenguaje de un niño. Para Crystal (1983, 217), "la personalidad, la situación, la predisposición genética, la interacción social y la expectativa cultural están de modo inevitable densamente ligadas entre sí" y constituyen un referente indispensable para aclarar muchas de las peculiaridades del lenguaje de un niño. Por ello, las tentativas por ofrecer un modelo explicativo integrado no son nuevas (Santacreu, 1991; Starkweather, 1990; Santacreu y Froján, 1993). En efecto, se puede hallar el origen del trastorno en un cúmulo de variables del entorno (actitudes paternas, modelos familiares, presiones sobre el lengua-

je...), responsables de la presencia de patrones de habla tartamuda en niños, pero este postulado no avala su extrapolación a todos los casos, habida cuenta de que no son pocos los niños que no desarrollan ningún tipo de tartamudeo a pesar de estar sometidos a influencias desfavorables de su entorno. Según Sangorrín (2005, 45), "la edad de inicio de la tartamudez se sitúa, en el 90% de los casos, entre los 25 y 41 meses, periodo en que los niños pasan de una expresión verbal limitada al uso de palabras aisladas, a la adquisición del llamado 'lenguaje conectado' (frase)". No obstante, en la mayoría de los niños los episodios de tartamudeo desaparecen, tal vez porque no adoptan posturas de lucha o evitación de esas manifestaciones o por su mismo desarrollo evolutivo.

En la Figura 4.1 se incluye una secuencia con la que se pretende ilustrar el proceso que sigue el trastorno desde su inicio hasta su mantenimiento. Como se ha señalado en otro lugar (Gallego, 2001), las exigencias del entorno familiar y socio-escolar ejercen una poderosa influencia sobre el desarrollo del lenguaje infantil. La interacción de un niño proclive al trastorno con factores ambientales desfavorables refuerza la aparición y el mantenimiento de éste. Un niño con escasa fluidez verbal o con presencia de abundantes disfluencias en su habla, que está elaborando y conformando su lenguaje, debe permanecer al margen de modelos lingüísticos inadecuados, presiones sobre su lenguaje, hablas rápidas, exigencias desmesuradas, etc. Estos factores pueden producir reacciones emocionales y afectivas inadecuadas que repercuten en su habla y facilitan el inicio del tartamudeo e incluso su afianzamiento. La tartamudez es, en estos casos, una manifestación del habla del niño, que surge como una respuesta emocional negativa a esas circunstancias. Por ello, cuando las familias muestran una mayor preocupación por la forma de expresión de sus hijos que por las ideas que éstos transmiten, cuando les preocupa más la forma del lenguaje que el contenido de sus mensajes, cuando su actitud hacia las producciones verbales del niño tiene una finalidad más correctiva que comunicativa, etc., pueden estar contribuyendo a generar sentimientos de inquietud y culpabilidad que influyen negativamente en el incipiente tartamudeo del niño (Simon, 2001). Es probable que estas actitudes y comportamientos considerados de forma aislada no tengan valor causal por sí mismos, pero, qué duda cabe, incrementan las probabilidades de aparición de episodios de tartamudeo al interaccionar con otros factores. En este sentido, el autoconcepto y la autoestima constituyen aspectos significativos en el estudio del tartamudeo, dado que durante su construcción los niños con tartamudeo pueden incorporar a su propia imagen, de una u otra forma, algunos de los estereotipos que se les atribuyen, como inseguridad, ansiedad, retraimiento, indecisión, tensión o timidez (Daniels y Gabel, 2004).

Figura 4.1. Proceso de generalización de un habla disfémica (Gallego, 2001, 51)



2. Evaluación de la tartamudez

La multiplicidad de síntomas (lingüísticos y no lingüísticos) que caracterizan esta perturbación hace de su evaluación una tarea prolija. En ese sentido, la valoración del trastorno va más allá de la simple identificación de disfluencias en el habla del niño hasta estimar si efectivamente se trata de un patrón de habla tartamuda, por qué y en qué grado, decisión nada sencilla y sí bastante compleja a la edad infantil. A este efecto, el carácter de la evaluación ha de ser holista (analizar las manifestaciones de forma global), naturalista (en su contexto natural) y realista (analizar las evidencias y no las suposiciones).

2.1. Quién evalúa

Las dificultades inherentes al trastorno demandan una valoración pluridimensional, con la participación efectiva del logopeda, la familia del niño, el profesor-tutor y, si es posible, el propio niño. Los datos recabados constituyen una fuente privilegiada para elaborar una historia personalizada del hablante de especial utilidad para diseñar un programa de intervención.

En todos los casos, el principal agente evaluador ha de ser un profesional bien informado, con capacidad para obtener información del habla espontánea del niño, de su entorno familiar y del niño y su familia conjuntamente, sin olvidar que la edad del sujeto y la duración del tartamudeo ejercen una influencia notable sobre el resultado de la intervención y el porcentaje de las recaídas (Fiedler y Standop, 1984). Una vez conocida la severidad del trastorno, el tipo de tartamudeo y sus peculiares repercusiones sobre el niño, así como la frecuencia e intensidad de los errores cometidos y también las respuestas cognitivas y psicofisiológicas que de él se derivan, se posee información suficiente para establecer un diagnóstico presuntivo y sugerir algunas pautas iniciales para su atención.

La información de cada uno de los agentes implicados en el proceso evaluador se incluye en la siguiente tabla (Cfr. Tabla 4.1).

Tabla 4.1. Agentes del proceso evaluador

AGENTES	DATOS A RECABAR
Profesional	– Frecuencia del tartamudeo. – Intensidad de las disfluencias. – N.º de palabras que tartamudea por minuto (en lectura, en lenguaje conversacional, en lenguaje dirigido). – Tipo de tartamudeo. – Contexto del tartamudeo (situaciones, personas, temas de conversación). – Conductas no verbales percibidas. – Características específicas del tartamudeo (pausas, repeticiones, bloqueos...). – Pronóstico. – Otros.

.../...

.../...

Familia	– Peculiaridades de la evolución del lenguaje. – Valoración de las disfluencias. – Origen del trastorno. – Posibles factores responsables de su inicio y mantenimiento. – Relevancia que se otorga al trastorno. – Circunstancias que agravan el problema. – Evolución del trastorno. – Antecedentes familiares, si los hubiere. – Medidas correctivas empleadas, en su caso. – Tratamientos recibidos y efectos. – Otros.
Profesor-tutor	– Repercusiones del trastorno en los aprendizajes. – Repercusiones del trastorno en el ambiente del aula. – Situaciones proclives en el aula a generar episodios de tartamudeo. – Medidas compensadoras utilizadas. – Efectividad de dichas medidas. – Otros.

2.2. Cuándo se evalúa

Biain (2002) ha señalado algunos indicios que los padres pueden tener en cuenta para determinar cuándo las dificultades en el habla son normales y cuándo constituyen un riesgo:

- Frecuencia: es normal que se den alteraciones en cinco de cada cien palabras.
- Cantidad: cuando la palabra, sílaba o sonido se repite más de tres veces existe riesgo de tartamudez.
- Severidad: si una interrupción se prolonga medio segundo o más también se constata un riesgo.

Lo cierto es que, previo a efectuar una evaluación holística del habla del niño, procede tener en cuenta algunos signos de alerta, que pueden ser considerados como efectivos predictores de un patrón de habla tartamuda (Gallego, 2006):

- Prolongaciones de sonidos. Una señal de alarma puede ser cuando el niño, de forma reiterada, prolonga la articulación del primer fonema (sonido) de la palabra (Mmmmmmamá).
- Repeticiones múltiples. Que un niño repita, durante el proceso de adquisición del lenguaje algunas palabras al empezar a hablar (tu...tu...tu...tu / Y...Y...Y...Y), entra dentro de lo normal. Pero si repite frecuentemente la primera sílaba de la palabra puede ser el inicio de algo más complejo.

- Vacilaciones reiteradas. La presencia casi sistemática de indecisiones en el habla, a la hora de seleccionar el léxico que un niño utiliza (ummm...ummm...eehhh...eehhh...), ha de admitirse como una señal de alerta.
- Tensión en los músculos faciales. Cuando aflora cierta tensión facial en la producción de algunos vocablos, aumentan las probabilidades de que se presente un problema en el habla.
- Evitación de algunos vocablos. La existencia de pausas excesivas e inadecuadas en el habla de un niño, por "rodear" la pronunciación de determinadas palabras, representa otro indicador a tener en cuenta.
- Instantes de angustia o inquietud. El "miedo a hablar", reflejado fugazmente en el rostro del niño, reclama la ayuda emocional del adulto para evitar efectos más nocivos.
- El estremecimiento corporal. La tensión corporal, especialmente perceptible en mandíbulas, labios y cuello, al enfrentarse a la articulación de algunos sonidos, constituye otra de las señales de alarma.

2.3. Qué se evalúa

Es comúnmente admitida la necesidad de una evaluación global del trastorno que abarque, además de la preocupación y capacidad lingüística del niño, desde las manifestaciones conductuales y corporales concomitantes hasta variables ambientales, cognitivas, personales, fisiológicas, etc., que pudieran generarlo, así como la severidad, tipo y peculiaridades de la tartamudez (Cfr. Cuadro 4.1).

Cuadro 4.1. Evaluación de la tartamudez

1. Variables fisiológicas:
   1.1. Respiración (tipo, anomalías, duración, cambios...)
   1.2. Tensión/distensión muscular (sincinesias corporales, gestos faciales, espasmos, rigidez, tics, enrojecimiento, palidez...).
2. Variables lingüísticas y relativas a la propia dicción:
   2.1. Alteraciones léxico-semánticas.
   2.2. Alteraciones morfosintácticas.
   2.3. Alteraciones pragmáticas
   2.4. Alteraciones fonoarticulatorias
   2.5. Alteraciones prosódicas
3. Variables cognitivas:
   3.1. Expectativas de tartamudeo.
   3.2. Evaluación de la situación.
4. Variables conductuales (mutismo e inhibiciones, retraimiento y logofobia, reacciones, mecanismos autocompensadores...).

2.3.1. Valoración de las variables fisiológicas

Para apreciar las repercusiones que las variables psicofisiológicas tienen en la calidad del habla, se necesita conocer el grado de tensión muscular y la idoneidad de la función respiratoria del niño, a través de pruebas funcionales y recurriendo a la observación. En efecto, la incoordinación respiratoria y la presencia de espasmos musculares incrementan la incapacidad de emisión verbal en el niño.

2.3.2. Valoración de las variables lingüísticas

El desarrollo y grado de afectación de los diversos niveles y aspectos implicados en el lenguaje también han de ser objeto de análisis. A este efecto, los aspectos y dimensiones evaluables son:

- Nivel fonético-fonológico: esfuerzo articulatorio, prolongaciones de sonidos, sílabas y/o palabras, bloqueos, vacilaciones, interrupciones. Frecuencia, duración e intensidad de las manifestaciones.
- Nivel morfosintáctico: repeticiones, tipos de frases, organización discursiva. Frecuencia y características de las manifestaciones.
- Nivel léxico-semántico: pausas por la carencia de léxico adecuado, disfunciones en la selección y uso del vocabulario. Frecuencia, duración e intensidad de estas manifestaciones.
- Nivel pragmático: uso social del lenguaje. Habilidades del hablante en situaciones y contextos de comunicación diferenciados (expresión verbal espontánea, expresión verbal provocada, imitación provocada y lectura de textos).
- Nivel prosódico: alteraciones en la entonación, pausas... Frecuencia, duración e intensidad de las manifestaciones.

2.3.3. Valoración del tartamudeo

Yairi (1982) reconoce que un habla es "normal" si no muestra más de un 5% de disfluencias entre las palabras y menos de un 1% en el interior de ellas. De ahí que sea necesario obtener una muestra significativa del habla para determinar la gravedad de las manifestaciones e indagar sobre sus causas. Para ello, el evaluador puede proceder de varias formas:

a) Calcular el número de palabras (o sílabas) por minuto o de palabras (o sílabas) tartamudeadas por cada cien emitidas.
b) Contabilizar el número de errores cometidos: repeticiones de sonidos, sílabas, palabras o frases; interjecciones; prolongaciones de sonidos; silencios; etc.

c) Combinando las estrategias anteriores se puede evaluar las dificultades del habla, agrupándolas en dos tipos de disfluencias: por inserción de sílabas (repeticiones, revisiones de palabras e interjecciones) y por omisión (pausas y prolongaciones de sílabas).

Se han señalado, no obstante, algunos criterios para determinar cuándo un habla con disfluencias puede ser considerada como una disfemia (Conture, 1990; Yaruss y Conture, 1995):

1. Cuando de una muestra de 100 palabras la presencia de bloqueos y/o prolongaciones de sonidos constituyen más del 25% de las disfluencias.
2. Cuando persisten las prolongaciones y/o repeticiones de sonidos en la primera sílaba de la palabra, sea cual sea la longitud de ésta.
3. Cuando se sobrepasa la tasa de tres tartamudeos por cien palabras emitidas y genera preocupación en al menos un adulto relacionado con el niño.

2.3.4. Valoración de las variables cognitivas

Conviene, asimismo, realizar una evaluación de las variables cognitivas, relacionadas con las creencias o expectativas del niño ante el tartamudeo, la calidad de su habla, su percepción sobre lo que piensan las personas de su entorno, su opinión acerca de lo que significa un habla fluida, etc. Asimismo, conviene tener en cuenta otras variables situaciones (p.e., la actitud de la familia, los entornos desfavorecedores...).

2.3.5. Valoración de las variables conductuales

Por último, han de ser tenidas en cuenta otras variables concomitantes, como las posibles conductas de evitación o retraimiento, inhibiciones, estados de ansiedad o angustia, etc., así como aquellas reacciones inverosímiles que el niño pudiera mostrar en situaciones naturales de comunicación.

2.4. Cómo se evalúa

Es evidente que los errores en la fluidez verbal de un hablante están asociados fundamentalmente a los niveles prosódico (pausas, entonación...), gramatical (bloqueos al iniciar la emisión de las palabras...), fonético (repeticiones de sílabas, sonidos...) y léxico-semántico (errores

en la organización de las oraciones...) del lenguaje, pero se ha de recordar que las manifestaciones disfémicas superan el ámbito lingüístico y abarcan también otros aspectos no lingüísticos. De ahí que las estrategias e instrumentos de evaluación que se proponen estén pensadas para dar la oportunidad al evaluador de registrar el mayor número posible de información.

2.4.1. Técnicas y estrategias para la obtención de datos

La técnica principal para obtener información sobre el trastorno es la observación, la cual ha de ser a) sistemática, integrada en el propio proceso de intervención; b) cualitativa, permitiendo una valoración de los juicios establecidos durante el proceso evaluador; c) diferenciada, atendiendo a las características y necesidades específicas de cada hablante; d) e integral, esto es, preocupada por los aspectos verbales y no verbales de las manifestaciones.

La observación, además, debe ser completa, para lo cual el evaluador puede servirse de tres estrategias básicas: a) el lenguaje espontáneo o conversacional, b) el lenguaje dirigido y c) la lectura. A través del lenguaje espontáneo, el evaluador obtiene información general sobre el trastorno extraída de su participación en escenarios naturales de conversación. Las conversaciones constituyen una excelente fuente para recabar datos no verbales y contextuales, en términos cuantitativos (producto) y cualitativos (proceso). El fin no es conocer la capacidad receptiva (comprensiva) del niño sino averiguar sus limitaciones expresivas.

Mediante el lenguaje dirigido, el evaluador obtiene datos tanto de la elaboración y transmisión de mensajes como de la recepción y comprensión de estos (aunque este aspecto no sea relevante en estos casos). Las principales tareas a realizar, en este sentido, serían: lectura de imágenes, comentarios sobre láminas, dibujos, explicación de historias...

Finalmente, las tareas lectoras (lectura rítmica, lectura en susurro, lectura simultánea...) permiten obtener informaciones valiosas acerca de las peculiaridades del habla: frecuencia del tartamudeo, duración del mismo, número de palabras emitidas, tiempo de ausencia de errores, palabras o fonemas que incitan al tartamudeo, modo de tartamudear, etc. Si bien conviene recordar que la lectura no siempre compromete la capacidad expresiva del hablante.

En definitiva, el objetivo es la obtención de un corpus lingüístico representativo del habla del niño, en el que se puedan apreciar cuáles son las dificultades más relevantes en su expresión y cuáles los escollos que la condicionan, así como los detalles que caracterizan las disfluencias y los probables inconvenientes (motrices y conductuales) asociados.

2.4.2. Recursos para la obtención y el registro de datos

En la actualidad se dispone de suficiente variedad de instrumentos (escalas, cuestionarios, hojas de registro...) para allanar el proceso evaluador. El lector interesado puede consultar, entre otros, los trabajos de Santacreu y Froján (1993), Gallego (2001), Le Huche (2001), Gallardo y Gallego (2003), sin olvidar la importancia que posee el uso de pruebas y/o test (formales y no formales), comercialmente disponibles (Cooper y Cooper, 1985; Rustin, 1987). Mención especial merece el uso del vídeo, como recurso didáctico, por cuanto nos permite no sólo analizar con posterioridad las características de un habla y sus peculiaridades, sino también valorar las manifestaciones no lingüísticas y contextuales en las que las disfluencias se presentan.

A continuación se incluyen algunos instrumentos para la evaluación del tartamudeo. El lector podrá, a partir de ellos, adaptarlos a sus necesidades, elaborar otros nuevos o manejarlos en sus intervenciones (Cfr. Tablas 4.2., 4.3 y 4.4).

Tabla 4.2. Escala de severidad de la disfemia (Perelló, 1990)

Grado de severidad	Descripción
1. No tartamudea	———
2. Ligero	Tartamudea el 2% de las palabras; tensión imperceptible, pocos bloqueos, y no mayores de un segundo de duración; sin movimientos asociados.
3. Suave	Tartamudea el 2-5%; tensión perceptible; varios bloqueos menores de un segundo; sin movimientos asociados.
4. Regular	Tartamudea el 5-8%; alguna tensión; bloqueos regulares de un segundo; algunas interjecciones o mímica; algunos movimientos asociados.
5. Moderadamente severo	Tartamudea el 8-12 %; tensión perceptible; bloqueos de dos segundos; pocas interjecciones y mímica; pocos movimientos asociados.
6. Severo	Tartamudea entre 12-25%; tensión notable; bloqueos de 3-4 segundos; interjecciones y mímica; bastantes movimientos asociados.
7. Grave	Tartamudea más del 25% de las palabras; mucha tensión; bloqueos más largos de 4 segundos; bastantes interjecciones y mímica; muchos movimientos asociados.

Tabla 4.3. Guía para la entrevista clínica con la familia (basada en Guitar, 2006)

A. DATOS INICIALES	
1. Problemas relacionados con el embarazo y el parto	Daño cerebral, anoxia...
2. Desarrollo del lenguaje	Desarrollo normativo, lento... Relación con el desarrollo motor
3. Desarrollo motor	Desarrollo normativo, lento... Relación con el desarrollo del lenguaje
4. Antecedentes familiares	Familiares que padecieron y superaron el trastorno. Familiares que lo padecen. Actitudes que muestran ante el trastorno

.../...

.../...

B. DATOS ACERCA DEL TRASTORNO	
5. Inicio de las disfluencias	Edad de aparición, evolución, causas...
6. Acontecimientos relevantes	Actitudes, comportamientos iniciales ante el trastorno
7. Caracterización inicial del trastorno	Sintomatología lingüística y no lingüística
8. Cambios experimentados	Posibles cambios en las manifestaciones del trastorno durante el tiempo
C. ESTADO ACTUAL DE LA TARTAMUDEZ	
9. Conciencia del problema	Si existe o no
10. Conductas de evitación	Cambios de palabras, evitación de contextos...
11. Conductas de escape	Comportamientos de esfuerzo, tensión...
12. Hipótesis probables	Idea sobre cómo se percibe el problema
13. Sentimientos que muestran	Preocupados, indiferentes, culpables, despreocupados...
14. Conductas adoptadas	Comportamiento ante los episodios de tartamudeo, medidas adoptadas...
15. Tratamientos previos	Quién los ha proporcionado, con qué resultado...
16. Escenarios de los tartamudeos	Situaciones proclives, ambientes predisponentes...
D. DESARROLLO SOCIAL Y EMOCIONAL	
17. Relación con hermanos e iguales	Armonía o conflicto en las relaciones...
18. Personalidad y temperamento	Miedos, inseguridad, sensibilidad...
19. Otras informaciones	Datos que se han ignorado, preguntas que se desean plantear...

Tabla 4.4. Inventario predictivo de la tartamudez (Daly y Cantrell, 2006)

Pragmática	**Lenguaje-cognición**
1. Carencia de habilidades efectivas autorreguladoras. 2. Carencias en la identificación de errores o problemas de comunicación. 3. Hablador compulsivo: verborrea, problemas para encontrar palabras. 4. Pobre planificación de habilidades, mal cálculo del uso del tiempo. 5. Habilidades de comunicación social pobres, establecimiento de turnos inadecuado, interrupciones. 6. No reconoce o responde a escuchas visuales o verbales. 7. No repara o corrige crisis nerviosas en la comunicación. 8. Ausencia o poco esfuerzo durante las disfluencias. 9. Poca o ninguna ansiedad al hablar, indiferente. 10. Habla mejor bajo presión (mejora a corto plazo con concentración).	21. Lenguaje desorganizado, formulación confusa, problemas para encontrar palabras. 22. Formulación de lenguaje pobre, narra historias pobres, problemas en el orden lógico. 23. Incremento del lenguaje desorganizado como tópico. 24. Muchas correcciones, interjecciones, palabras de relleno. 25. Parece verbalizar antes de adecuar y formular lo que piensa. 26. Tópico inadecuado de introducción, mantenimiento o terminación. 27. Estructura lingüística impropia, pobre gramática, errores sintácticos. 28. Distraído, pobre concentración, problemas para mantener la atención.

.../...

.../...

Habla-motricidad	Coordinación motriz- problemas de escritura
11. Errores en la articulación. 12. Ritmo irregular en el habla, habla acelerada. 13. Abrevia o condensa palabras. 14. Ritmo rápido (taquilalia). 15. Incremento progresivo del ritmo del habla. 16. Prosodia variable, melodía irregular o patrón de estrés. 17. Inicio en voz alta y retorno a murmullo ininteligible. 18. Carencia de pausas entre palabras y frases. 19. Repetición de palabras multisilábicas y frases. 20. Coexistencia de excesiva disfluencia y tartamudeo.	29. Pobre control motor de escritura. 30. Escritura con omisiones o alteraciones de letras, sílabas o palabras. 31. Coordinación oral por debajo de las expectativas normales. 32. Ausencia de ritmo respiratorio, patrón entrcortado de respiración. 33. Torpeza y descoordinación, actividades motoras aceleradas o impulsivas.

3. Intervención del trastorno

A sabiendas de la multiplicidad de factores que pueden estar en el origen del trastorno, conviene subrayar la importancia que poseen las acciones en las que se utilizan diferentes técnicas (Fiedler y Standop, 1984; Santacreu y Froján, 1993), se contemplan diversos enfoques terapéuticos (Van Riper, 1971) y se procura el uso de variados procedimientos didácticos (Simon, 2001). Aunque, como es obvio, cada profesional, ante cualquier patología lingüística, la analiza, interpreta y actúa de acuerdo con su formación previa. En efecto, la apuesta por tratamientos farmacológicos, logopédicos o de psicoterapia es más una decisión condicionada por la formación del profesional que por las peculiaridades del trastorno.

En cualquier caso, la primera fase de cualquier programa de intervención es la evaluación del habla del niño y su capacidad comunicativa, para tratar de responder a tres cuestiones sustantivas, dado que las respuestas a estos interrogantes no son sencillas ni únicas:

1. ¿verdaderamente el niño tiene un patrón de habla tartamuda?;
2. ¿Qué posibilidades tiene de hacerse crónico?;
3. ¿qué se puede hacer?

3.1. Técnicas y estrategias generales de intervención

Se han utilizado diferentes técnicas para la atención de la tartamudez, las cuales han de verse como complementarias y no como antagónicas. Su utilidad depende de las peculiaridades del trastorno, de la personalidad del niño y de la competencia y familiaridad de quien las utiliza.

3.1.1. Técnicas basadas en disfunciones del feedback

- Habla enmascarada. Se trata de ocultar el habla del niño mediante la provocación de un ruido que paulatina y progresivamente decrece en intensidad para evitar la relación de dependencia del hablante.
- Habla rítmica. Acompasando el habla a un ritmo externo (metrónomo) se facilita la expresión verbal del hablante. El objetivo es conseguir que el niño siga un ritmo al hablar, haciendo coincidir sus sílabas, palabras o frases con el golpeo regular del aparato (metrónomo).
- Audición demorada. Desaconsejada para niños por algunos autores (Fiedler y Standop, 1984), el empleo de la Retroalimentación Auditiva Demorada (RAD) retrasa el feedback auditivo de la persona que tartamudea y contribuye a la conquista de un nuevo patrón de habla más normalizado.
- Habla "en eco". Consiste en reproducir fielmente el habla del reeducador (pausas, entonación, ritmo articulatorio, etc.) como ayuda para conseguir un habla más normalizada.

3.1.2. Técnicas basadas en el condicionamiento operante

- Reforzamiento positivo. Consiste en administrar un refuerzo positivo después de lograr la conducta deseada (habla fluida) para incrementar, fortalecer y consolidar las expresiones verbales fluidas.
- Tiempo fuera. Se trata de interrumpir la emisión hablada del niño mediante un tiempo de inactividad verbal que contribuya a aminorar la tensión muscular y eludir la fobia que le produce la presencia del estímulo que provoca el tartamudeo.
- Extinción. Identificado el reforzador que impulsa e intensifica el tartamudeo, se trata de retirar dicho reforzador (extinción) para debilitar la conducta (tartamudeo).

3.1.3. Técnicas de sensibilización

- Entrenamiento asertivo. Se utiliza para vencer las respuestas de ansiedad que le provocan al niño sus relaciones con determinadas personas. La técnica suele emplearse reproduciendo una

situación real de la vida del niño en la que el reeducador trata de moldear la conducta del hablante.

- Terapia cognitiva. Esta técnica se sirve de dos procedimientos principales: la resolución de problemas o el entrenamiento en autoinstrucciones, basado en la función autorreguladora del lenguaje. En el primer caso, que se pretende "enseñar a pensar" para prevenir la dificultad, el niño debe pensar y expresar oralmente cómo debería ser su habla ante una situación determinada y qué beneficios le reportaría. En el entrenamiento en autoinstrucciones, el hablante expresa la conducta que quiere realizar y luego realiza dicha conducta y la verbaliza al mismo tiempo.

El empleo de estas técnicas (entrenamiento asertivo y terapia cognitiva) se estima pertinente cuando las manifestaciones del trastorno se atribuyen a situaciones de falta de confianza, inseguridad, ansiedad, introversión, etc.

3.1.4. Técnicas de desensibilización

- Desensibilización sistemática. Cuando el tartamudeo es consecuencia de unas vivencias desequilibradoras (ansiedad, estrés...), el empleo de la desensibilización sistemática parece aconsejable. En estos casos es necesario que el hablante esté entrenado en relajación, lo que le permitirá provocar algún cambio en el funcionamiento del sistema nervioso autónomo para inhibir los estados de ansiedad.

- Relajación. La relajación se percibe como un estado eficaz para facilitar la recuperación del tono muscular del niño y aliviar su tartamudeo. Para lo cual se ha de practicar una respiración profunda y tranquila.

3.1.5. Otros recursos para atenuar el trastorno

- Habla "gesticulada". El uso de gestos y ciertas posturas corporales puede contribuir también a suavizar los efectos del trastorno, al distraer la fijación del niño en su propia manera de hablar.

- Habla "en soplo". Consiste en emitir el discurso inmediatamente después de haber espirado el aire, asumiendo una determinada secuencia en la expresión: inspiración-espiración-habla.

- Habla silábica: En este caso, el hablante se entrena en la articulación silábica de palabras o frases en un mismo intervalo temporal.
- Habla lentificada. Hablar despacio, con un ritmo lento y relajado, ayuda a mejorar la fluidez verbal.

3.2. Atención del tartamudeo infantil

La edad del niño, la intensidad y efectos del tartamudeo y las reacciones que éste provoca son elementos indispensables para la planificación de una atención personalizada. No obstante, en la bibliografía especializada se detectan dos orientaciones que ilustran las tendencias que existen en el tratamiento del tartamudeo infantil: a) la de quienes defienden la pertinencia de las "actuaciones indirectas" para mejorar el habla del niño, propiciando cambios en sus entornos comunicativos (Shapiro, 1999; Conture, 2001; Guitar, 2006); b) los que postulan la idoneidad de las intervenciones sobre el niño, a partir de técnicas más directas de modificación del habla (Hill, 2003). Lo cierto es que este trastorno abarca un grupo heterogéneo de personas, cuyas terapias se centran en los aspectos emocionales del trastorno o en la mejora de las técnicas de la tartamudez (Huinck y Rietveld, 2007).

Con intenciones orientadoras y ejemplificadoras, se proponen a continuación dos modalidades generales de intervención, teniendo en cuenta la edad del niño.

3.2.1. La atención preventiva del tartamudeo del niño

Las actuaciones, de carácter preventivo y compensador, se perfilan en estos casos como acciones adecuadas para afrontar el problema. Estas prácticas han de estar orientadas hacia la familia y hacia el propio niño. Efectivamente, en edades tempranas la obsesión por eliminar los episodios de tartamudeo en el niño suele ser menos eficaz que tratar de modificar su entorno. Se sabe que el origen de muchas disfluencias se inicia durante el proceso de adquisición del lenguaje. Más aún, ignorar esas manifestaciones resulta en muchas ocasiones más beneficioso que perjudicial, pues aunque entre los 2 ½ años y los 5 algunos niños puedan presentar disfluencias, ello no significa que luego vayan a tener un problema de tartamudez, ya que la mayoría de esos síntomas remite con el paso del tiempo. Aún así siempre se pueden realizar intervenciones preventivas con la familia y el entorno. De ahí la pertinencia de algunos consejos en este sentido (Cfr. Tabla 4.5). No obstante, la mayoría de las veces basta con la comprensión de padres y educadores para que el niño con disfluencias se sienta despreocupado y tranquilo y se comunique con naturalidad, sin ningún tipo de condicionamientos.

Tabla 4.5. Orientaciones para la atención del tartamudeo infantil (Gallego, 2006, 170)

LO QUE SÍ SE DEBE HACER	LO QUE NO SE DEBE HACER
– Utilizar un lenguaje sencillo, claro, comprensible y adaptado a sus necesidades. – Evitar burlas y riñas por su habla. – Propiciar un ambiente tolerante, distendido y seguro. – Evitar que el niño tome conciencia de su habla y la perciba como problemática. – Alejarse de actitudes sobreprotectoras y/o directivas. – Intentar reducir su excitación, inquietud y tensión. – Rechazar muestras de desaprobación o ansiedad. – Dejar de corregir el tartamudeo y asegurarse de que nadie lo hace. – Prestarle atención durante la conversación, sin interrumpirlo. No exigirle que hable, ni hablar por él. – Preocuparse más del contenido del mensaje que de cómo lo dice. – Permitirle hablar sin corregir su pronunciación ni su gramática. – Eludir cualquier presión sobre el habla del niño.	– Interrumpir su mensaje mientras habla. – Exigirle que hable con mayor rapidez. – Anticiparse a lo que el niño quiere decir. – Hablarle precipitadamente. – Corregirle de manera sistemática. – Comprometerle para que hable ante determinadas personas. – Mostrarse impaciente cuando habla. – Reprobar su forma de hablar. – Rehusar hablar con el niño. – Propiciar situaciones de tensión. – Tratar el tartamudeo como una desgracia. – Hablar por el niño o concluir sus frases. – Exigirle que hable bien. – Castigarle por su forma de hablar. – Proponerle situaciones comunicativas de probable fracaso. – Burlarse de su habla o mostrar una falsa indiferencia.

En todos los casos, la entrevista a la familia reviste una trascendencia especial, por cuanto permite obtener datos sobre la historia evolutiva del niño y la calidad de las relaciones. Cómo ha sido el desarrollo del lenguaje del niño, en qué circunstancias, qué percepción tiene el niño de su habla, qué inconvenientes le genera, cómo vivencia el niño el problema, qué mecanismos de defensa utiliza, en su caso, qué manifestaciones concomitantes se aprecian, qué actitudes tienen los padres, qué exigencias le reclaman, qué preocupaciones u obsesiones les dominan, qué vínculos existen entre el niño y su familia, cómo se produjo la aparición del primer lenguaje, etc., son cuestiones de extraordinaria relevancia. Ello no invalida la necesaria exploración del lenguaje del niño para conocer con exactitud los síntomas del trastorno, el grado de interferencias que proyecta en la comunicación, el nivel de afectación general, etc., así como la valoración del entorno lingüístico que le rodea para rebuscar las posibles repercusiones o influencias que el ambiente pueda tener en su habla.

En general, la intervención preventiva goza de buena aceptación entre los profesionales. Mención especial merece en este sentido la propuesta de Irwin (1994), quien plantea una Terapia Preventiva, cuyo objetivo es eliminar los episodios de tartamudeo antes de que se desarrollen y se fijen en el habla del niño. Convenimos con esta autora en que el rescate del tartamudeo en el niño de edad infantil no depende tanto de él cuanto de las conductas que mantienen las personas de su entorno, en especial sus padres. Sostiene que el tartamudeo se perpetúa y se incrementa mientras se ejercen presiones sobre el habla del niño, y decrece cuando se eliminan esas presiones. No obstante, como mantiene Sangorrín (2005), en la edad infantil, si se proporciona una atención

adecuada, se calcula una remisión del trastorno en un 80% de casos, dentro de los dos años siguientes a su aparición.

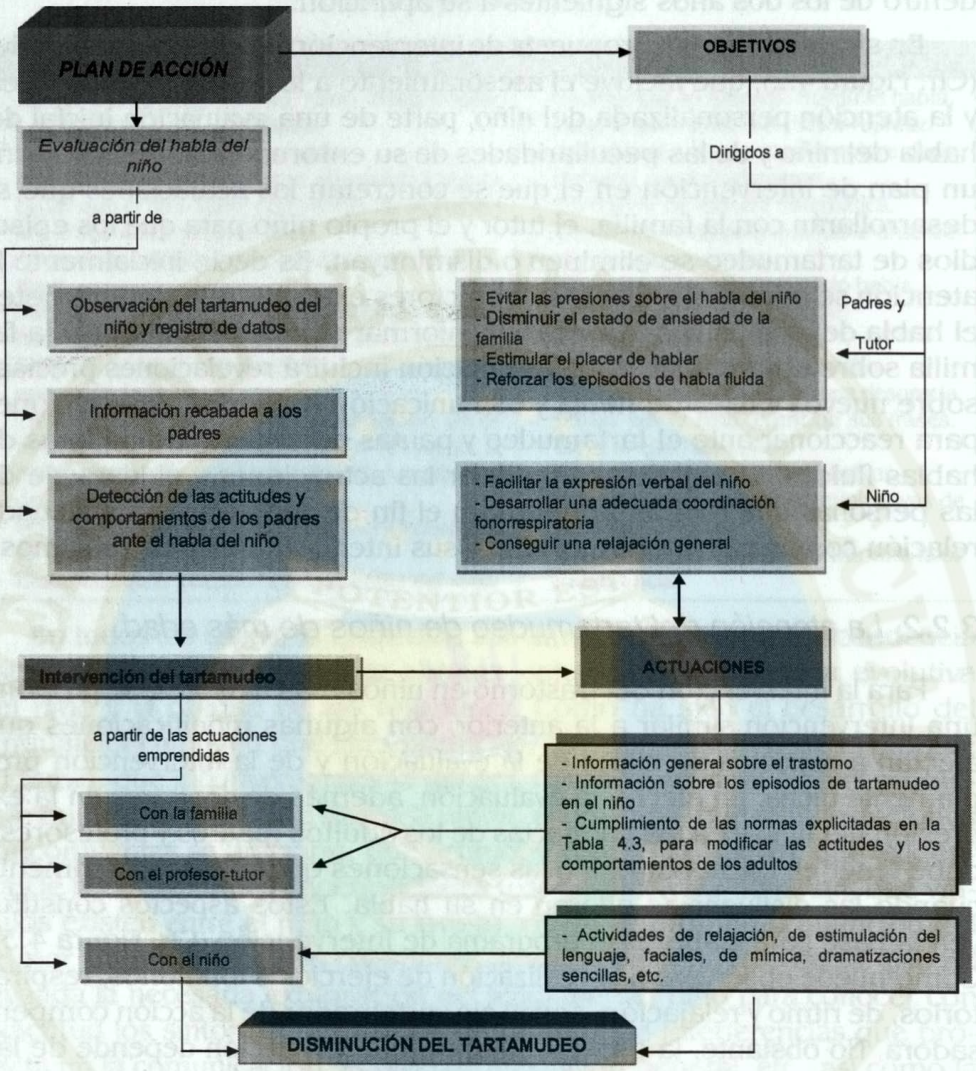
En síntesis, nuestra propuesta de intervención de carácter preventivo (Cfr. Figura 4.2), que incluye el asesoramiento a la familia y educadores, y la atención personalizada del niño, parte de una evaluación inicial del habla del niño y de las peculiaridades de su entorno. Después se diseña un plan de intervención en el que se concretan las actuaciones que se desarrollarán con la familia, el tutor y el propio niño para que los episodios de tartamudeo se eliminen o disminuyan. Es decir, inicialmente la atención se orientará a eliminar los factores externos que comprometen el habla del niño, si los hubiera, y a informar convenientemente a la familia sobre el particular. Esta información incluirá revelaciones precisas sobre nuevos estilos de habla y comunicación a adoptar, orientaciones para reaccionar ante el tartamudeo y pautas educativas facilitadoras de hablas fluidas. El objetivo es modelar las actuaciones y el lenguaje de las personas que rodean al niño, con el fin de propiciar una adecuada relación comunicativa entre el niño y sus interlocutores más próximos.

3.2.2. La atención del tartamudeo de niños de más edad

Para la intervención del trastorno en niños más mayores, se propone una intervención similar a la anterior, con algunas modificaciones que afectan a aspectos parciales de la evaluación y de la intervención propiamente dicha. En efecto, la evaluación, además de centrarse en la expresión del niño y en las conductas de los adultos (padres y profesores), debe tener en cuenta también las sensaciones que el niño experimenta cuando las disfluencias afloran en su habla. Estos aspectos constituyen la base para elaborar el programa de intervención (Cfr. Figura 4.3). Como puede observarse, la realización de ejercicios fonatorios, respiratorios, de ritmo y relajación, son el eje vertebrador de la acción compensadora. No obstante, la especificidad de la intervención depende de las características del trastorno, de la intensidad del mismo, de la severidad del tartamudeo y de las peculiaridades del niño. En este sentido, se proponen las siguientes orientaciones:

- Las actividades de fonoarticulación y respiración son adecuadas en la mayoría de los casos, especialmente cuando el niño muestra numerosos bloqueos y abundantes espasmos.
- Las actividades de relajación son igualmente aconsejables e imprescindibles para superar los estados de tensión y ansiedad.
- El niño debe simular su tartamudeo para percibir, con la ayuda del reeducador, qué es lo que le sucede exactamente al hablar e intentar corregir, también con su ayuda, esas disfluencias.
- Más que presionar al niño para que hable, hay que motivarle para que se sienta animado a hablar.

Figura 4.2. La atención del tartamudeo infantil (Gallego, 2001, 100)

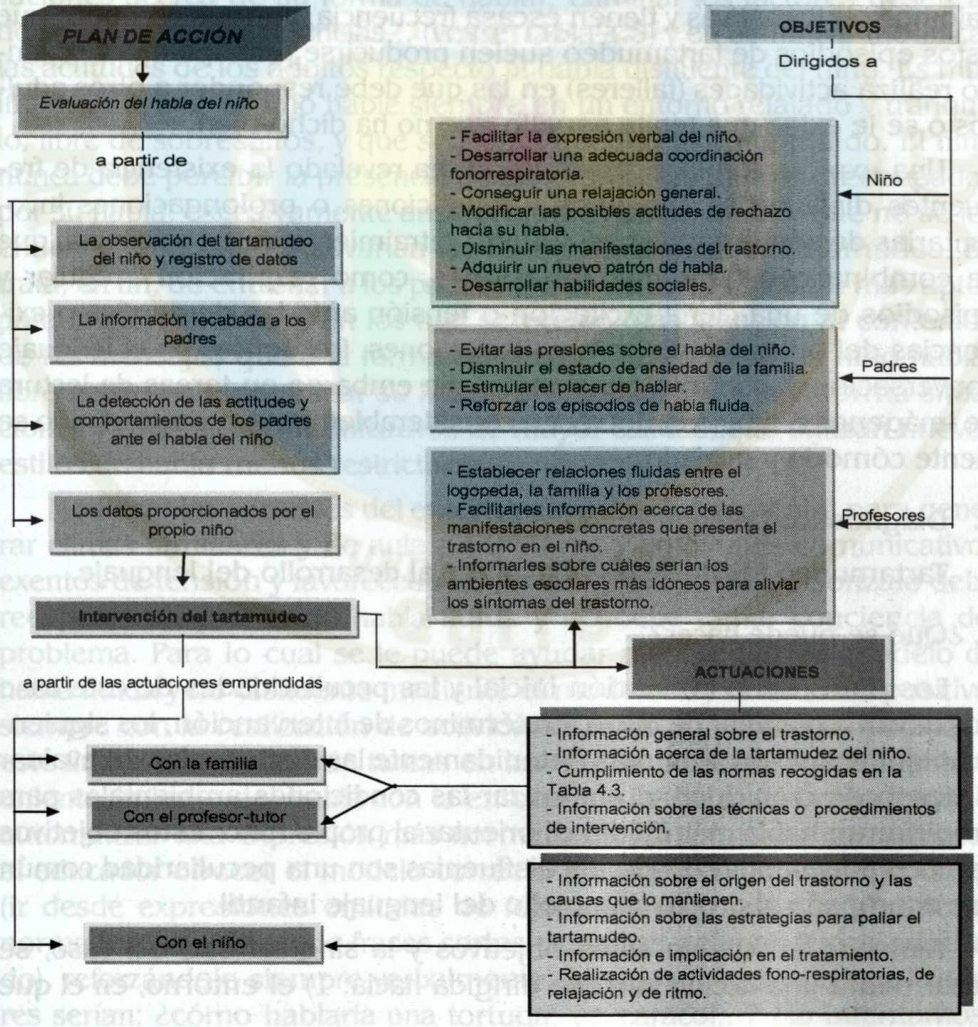


- Los padres y profesores deben moderar la velocidad de su habla para ofrecer un modelo referencial apropiado a las necesidades del niño. Enlentecer el habla es un requisito útil para obtener éxito.
- El niño que tartamudea demanda grandes dosis de generosidad y comprensión en sus interlocutores. Disminuir los niveles de exigencia y evitar actitudes negativas hacia el habla del niño son aspectos básicos del tratamiento.
- La participación del niño en situaciones comunicativas debería escalonarse (grupo muy reducido, grupo medio y gran grupo) para aliviar su posible grado de ansiedad y tensión.
- El empleo de un lenguaje sencillo, bien estructurado y articulado a velocidad moderada repercute positivamente en el niño. De ahí

la importancia de adiestrar a los padres en un modelo de habla lento y relajado.

- Se debe inculcar en el niño un pensamiento positivo: "los demás siempre tratan de ayudarme".
- Generar escenarios de comunicación en los que no tengan cabida las situaciones tensas, las interrupciones, y donde prime un léxico sencillo exento de complejidad sintáctica.
- Manifestar un continuo apoyo al niño ante cualquier conducta lingüística positiva.
- Ignorar el trastorno no ayuda a su solución. Para que la atención sea eficaz hay que "llegar a tiempo". Si el trastorno se cronifica y se acompaña de otros síntomas (logofobia, evitación, negativas de comunicación), repercutirá negativamente en el rendimiento social y académico del niño.

Figura 4.3. Atención del tartamudeo en niños más mayores (Gallego, 2001, 102)



ANEXO I

CASO 1. ¿Qué le pasa a Gonzalo?

1. ¿Qué sabemos?

Gonzalo tiene 3 años y 7 meses de edad, y desde su incorporación al centro escolar se han incrementado sus atranques de habla, según sus padres. Estas dificultades ya las habían notado anteriormente, pero no le dieron importancia por su carácter episódico y por entender que únicamente le ocurría cuando se le exigía que hablara bien. Pero ahora observan que, por mucho que le corrijan, cada vez le cuesta más trabajo hablar y tienen la sensación de que últimamente evita hablar siempre que puede. Incluso aseguran que el niño se siente mal por no ser capaz de hablar de forma fluida. En su familia no recuerdan ningún antecedente con tartamudez.

En el centro escolar, su tutora afirma que las disfluencias de Gonzalo no son llamativas y tienen escasa frecuencia, aunque reconoce que estos episodios de tartamudeo suelen producirse principalmente cuando realiza actividades (talleres) en las que debe responder a otros adultos o se le exige que repita aquello que no ha dicho bien.

Una exploración logopédica inicial ha revelado la existencia de frecuentes disfluencias, bloqueos y repeticiones o prolongaciones involuntarias de sonidos y sílabas, y cierto retraimiento en su conducta, que se combina con otras manifestaciones, como respiración irregular y episodios de una cierta excitación o tensión ante las demandas o exigencias del educador. Estas manifestaciones, frecuentes en el lenguaje conversacional, son muy ocasionales sin embargo en tareas de lectura de imágenes o dibujos y decrecen considerablemente cuando el niño se siente cómodo y relajado.

2. Diagnóstico presuntivo

Tartamudeo (disfluencias) vinculado al desarrollo del lenguaje.

3. ¿Qué se puede hacer?

Los datos de la evaluación inicial y las peculiaridades de este caso nos llevan a plantear de inicio, en términos de intervención, los siguientes objetivos: a) analizar más detenidamente las disfluencias; b) evaluar el riesgo de cronicidad; c) optimizar las condiciones ambientales para propiciar un habla más fluida; d) orientar al propio niño. Estos objetivos parecen adecuados cuando las disfluenias son una peculiaridad común que acompaña al propio desarrollo del lenguaje infantil.

Teniendo en cuenta estos objetivos y la singularidad del caso, se desarrollará una acción bifronte dirigida hacia: 1) el entorno, en el que

se incluye el asesoramiento y la intervención centrada en la familia y la escuela; 2) el propio niño. Inicialmente se informará a los padres y a la tutora sobre las características de este tartamudeo y acerca de cuáles son las conductas más pertinentes para evitar su consolidación o cronicidad. Se les dará información sobre el desarrollo del lenguaje para hacerles comprender la normalidad de las disfluencias de su hijo/alumno y de cuáles serían las condiciones que el entorno debe respetar para favorecer un habla más fluida, así como de las estrategias que deben utilizarse para no cronificar las disfluencias. El fin último es reducir las condiciones adversas del entorno para aliviar los episodios de tartamudeo. En este sentido, se les dará orientaciones muy precisas y se les demandará el cumplimiento de diferentes normas o pautas de conducta: no reñir, censurar, criticar ni ridiculizar, suprimir las correcciones, eludir las presiones sobre su habla, evitar comentarios críticos, no interrumpirle, disminuir la formulación de preguntas, identificar señales de alarma, mostrarle un estilo comunicativo adecuado, evitar hacer observaciones acerca de su forma de hablar, eliminar los factores desencadenantes de las disfluencias... (véase Tabla 4.5) y en definitiva modificar las actitudes de los adultos respecto al habla disfluente del niño. Es muy importante que el niño hable siempre en un entorno relajado y tranquilo, libre de sobresaltos, y que se sienta querido y comprendido. El niño nunca debe percibir la presencia de unos padres o tutores preocupados por su habla, excesivamente ansiosos, que hablan rápido, que no se les entiende... porque agravarían las manifestaciones del tartamudeo. Se trata, en fin, de entrenar a los padres en modelos de lenguaje más aptos para la comunicación, en los que se preste más atención al contenido de los mensajes que a la forma de producirlos, dejando al niño hablar libremente y sin presionar su habla, promoviendo de esta forma situaciones y contextos comunicativos de mayor calidad, que utilizan nuevos estilos de habla menos restrictivos.

Modificar las variables del entorno es, pues, fundamental para generar climas familiares y de aula placenteros y ambientes comunicativos exentos de tensión y favorecedores del lenguaje del niño. Gonzalo debe recuperar un patrón de habla fluida y no debe tomar conciencia del problema. Para lo cual se le puede ayudar a conseguir un modelo de habla fluida y no disfluente mediante el modelado y el refuerzo positivo, siempre con la realización de actividades lúdicas y atractivas para él. A este fin, se le propondrán tareas en las que se conjugue inicialmente el enlentecimiento del habla con la entonación hasta que el niño llegue a automatizar una expresión más normalizada. En principio corresponde al educador ofrecer el modelo correcto para que el niño lo reproduzca (ir desde expresiones emitidas de forma silábica hasta producciones normalizadas, utilizando frases cortas, sencillas y con un léxico adecuado), reforzándole siempre verbalmente. Algunos modelos ejemplicadores serían: ¿cómo hablaría una tortuga, un caracol...? ¿lo intentamos?

Yo primero y tú me imitas, ¿vale? Se evitará exigirle respuestas rápidas, peticiones incesantes o mostrar preocupación o ansiedad ante las respuestas. Paulatinamente el niño irá automatizando una nueva forma de habla hasta normalizar definitivamente su expresión.

En definitiva, de una parte se pretende enseñar al adulto a dar respuesta a las exigencias que plantean las disfluencias en el habla del niño que está desarrollando su lenguaje; de otra, ayudar al niño a manejar adecuadamente las repercusiones o presiones que las variables del entorno ejercen sobre su habla, sin que él llegue a ser consciente del problema, para que consiga sentirse dueño de su lenguaje y mantenga una conducta comunicativa más normalizada.

5 Trastornos de voz: la disfonía infantil

La voz constituye el principal instrumento de expresión y comunicación del ser humano, y una de las cualidades más singulares que caracterizan su personalidad. Por ello, cuando la voz se altera, no es infrecuente que se vincule con factores psicológicos o emocionales, a los que se considera como principales responsables causales. Algunos autores perciben la voz como un sensible barómetro de las emociones, y la laringe como la válvula de control que regula la liberación de estas emociones (Aronson, 1990).

La emisión de la voz es lo que se denomina fonación, cuyo correcto funcionamiento depende fundamentalmente de una adecuada elasticidad y simetría de las cuerdas vocales, así como de la perfecta hidratación de la mucosa laríngea y del epitelio glótico, sin olvidar la importancia que los pulmones y la respiración tienen en la producción vocal. Cualquier alteración de estos elementos puede producir disfunciones generales en el funcionamiento de la voz (disfonías). Se estima que en torno al 50% de los niños sufren trastornos de voz en algún momento de su vida, preferentemente entre los 6 y 8 años, y en la época de la pubertad (cambio de voz), siendo más frecuentes en niños que en niñas. Habitualmente la causa de las disfonías reside en el mal uso o abuso vocal (esfuerzo vocal).

Las disfonías o alteraciones de la voz son trastornos típicos en la población infantil, que se instalan lentamente en el habla del niño, primero como una ligera fatiga vocal y posteriormente a modo de voz ronca cada vez más acusada. En general, son múltiples las causas y factores que las provocan así como los efectos individuales y sociales que inducen. Su frecuencia puede ser debida a una multiplicidad de causas, como la presencia de hábitos perjudiciales para la impostación vocal, el insuficiente dominio del control muscular o la existencia de posturas, gestos y movimientos inadecuados durante la emisión verbal, asociados a una respiración impropia. Esta etiología multicausal reclama una atención integral de signos y síntomas, para satisfacer todas las dimensiones o ámbitos comprometidos en la emisión vocal:

a) control muscular,
b) respiración,

c) impostación vocal,
d) posturas y movimientos corporales,
e) higiene vocal.

La intervención de las disfonías se aleja de una atención parcial de su sintomatología, exigiendo la colaboración de la familia y los educadores. Un diagnóstico correcto y un tratamiento integral adecuado (niño-entorno) permiten paliar su sintomatología y evitar su agravamiento o cronicidad. La educación vocal constituye una de las mejores maneras de evitar los problemas de voz.

1. La voz y sus trastornos

Antes de ocuparnos de las disfonías, conviene mencionar, aunque sea brevemente, algunos aspectos relacionados con la anatomía y fisiología vocal para comprender mejor cómo en la producción de la voz participan de forma coordinada distintos órganos (respiratorios, bucofonatorios y de resonancia) y algunos factores (corporales y psicosociales) que determinan la calidad del acto de la fonación. Ésta se entiende como la producción de sonidos, cuya manifestación más relevante es la emisión de voz y la articulación de la palabra por el ser humano. La voz constituye el soporte físico básico de la palabra y su afectación compromete la calidad del acto comunicativo. No obstante, la fonación no es la única función de la laringe, que también permite la respiración y protege contra la entrada de líquidos en los pulmones. Durante la respiración normal las cuerdas vocales están relajadas, de forma que el aire pasa a través de ellas sin dificultad. Cuando las cuerdas vocales se estrechan, la presión del aire que pasa por ellas las hace vibrar. Esta vibración origina las ondas sonoras que producen la voz. Si a esto se le unen los movimientos de la boca y los labios, el resultado es el habla.

La voz es el sonido que produce el aire expulsado de los pulmones al salir de la laringe, con vibración de las cuerdas vocales. Para Bustos (2006), la voz puede ser entendida como una manifestación expresiva de la persona en su totalidad, que refleja su vida psíquica y emocional y cuyos trastornos suelen restringir sus posibilidades comunicativas. En términos fisiológicos, la voz es una espiración sonora, y desde el punto de vista acústico, se origina en las cuerdas o pliegues vocales, en el interior de la laringe, donde se produce el sonido básico que es modificado y enriquecido en otras zonas (llamadas resonadoras o cavidades de resonancia) antes de salir al exterior. El resultado vocal depende en buena medida de la configuración y acción de los órganos de articulación y de resonancia. Efectivamente, en la producción del lenguaje hablado, el aparato fonoarticulador es una estructura anatómica decisiva, entre cuyos elementos (cavidad bucal, fosas nasales, faringe, laringe, tráquea,

bronquios, pulmones, músculos y nervios) destaca la laringe como principal órgano emisor del sonido.

En la voz se da cita una fluctuación equilibrada de acciones motoras, acústicas y comunicativas que otorgan las señas de identidad al habla de una persona. Cada persona tiene su propio timbre de voz que le diferencia de los demás. Por consiguiente, la producción de la voz exige la activación coordinada de un conjunto de órganos para que la expresión vocal pueda efectuarse con normalidad. Pero para que la fonación se produzca, son necesarios algunos requisitos (Gamboa et al., 2001, 155):

- *"El flujo aéreo espirado debe ser suficiente para inducir la vibración de las cuerdas vocales.*
- *La aducción de las cuerdas debe ser la apropiada. Si el cierre es excesivo, se necesitará demasiada fuerza en la espiración, resultando una voz tensa y áspera o, incluso, si las cuerdas quedan bloqueadas, habrá afonía completa. Por el contrario, si el cierre glótico es insuficiente, se produce escape de aire espiratorio, haciéndose la voz débil, aérea o incluso cuchicheada.*
- *La forma tridimensional de las cuerdas debe ser correcta. La atrofia del músculo vocal, que en cierto grado se debe al envejecimiento, produce cierre glótico incompleto al fonar.*
- *El control de la tensión y la longitud de la porción vibrante de las cuerdas deben ser adecuados para producir las variaciones correspondientes de tono y volumen.*
- *Las condiciones biomecánicas de las cuerdas (masa, rigidez, tensión, etc.) deben controlarse de manera simétrica y dinámica, para fonar los distintos tonos o frecuencias y las distintas intensidades que requieren el lenguaje y el canto. Si este control no se produce, el habla resultará monótona, sin expresividad, o puede verse distorsionada por bruscas subidas (gallos) o bajadas del tono.*
- *La mucosa vocal debe ser normal, de modo que al vibrar resbale sobre el plano subyacente".*

El manejo adecuado de la voz es indispensable para la calidad del habla y esencial en la transmisión de los mensajes. Cuando la voz se eleva a un tono que no le corresponde como consecuencia de situaciones ambientales ruidosas, aulas que no reúnen las suficientes condiciones acústicas, una higiene vocal pobre, o por un abuso vocal, los efectos traumáticos sobre las cuerdas vocales son evidentes. El uso incorrecto del tono y la intensidad en la producción de la voz (mal uso vocal), de forma intermitente o frecuente, causa daño en el mecanismo vocal (Prater y Swift, 1996; Jackson-Menaldi 2002). Entre los síntomas más comunes de las disfonías infantiles destacan:

a) la voz ronca, por alteración del "timbre";
b) la voz débil, por una alteración de la "intensidad";

c) la voz irregular, por alteración del "tono";

d) la sensación de "cuerpo extraño" en la garganta;

e) la irritación, picor de garganta;

f) la fatiga vocal por sobreesfuerzo.

En este sentido, las disfonías son desórdenes de voz que pueden derivar de accidentes, afecciones de la laringe o estar ocasionadas por anomalías físicas, como un desarrollo incompleto o defectos congénitos de las cuerdas vocales. Se trata de alteraciones muy diversas, debidas a algún déficit o disfunción de los órganos fonatorios que modelan el paso del aire para la producción de la voz, la cual es el resultado armónico de la acción conjunta de diferentes componentes, responsables de sus alteraciones (Gallego y Rodríguez, 2005):

- Los movimientos respiratorios, que proporcionan el aire necesario para la producción del lenguaje.
- La emisión laríngea, que produce una vibración convirtiendo el aire insonoro en aire sonorizado.
- La adaptación de las cavidades de resonancia, que dotan al sonido de los atributos que lo caracterizan, para diferenciarlo de otros sonidos y voces.
- Los mecanismos de articulación, responsables de la producción de los sonidos deseados.

Le Huche y Allali (1994, 105) consideran que las disfonías infantiles de etiología disfuncional son las de mayor prevalencia, y encuentran dos tipos de niños proclives a presentar una disfonía:

1. Niños vitales, autoritarios, voluntarios, algo rígidos, que presentan una energía difícil de canalizar, a veces con una agresividad latente. Es el caso más frecuente.
2. Niños introvertidos (al menos en apariencia), tímidos, testarudos (eternos insatisfechos), perfeccionistas.

Lo cierto es que la calidad del habla depende de la acción coordinada de la fonación, resonancia y articulación. La fonación es posible gracias a la acción de las cuerdas vocales y la intervención coordinada de labios, lengua y paladar blando, que modulan la salida del sonido para hacer posible la emisión de las palabras. Sin olvidar la meritoria contribución de la lengua, los labios, el paladar y los dientes en la producción del sonido articulado, la laringe es el órgano responsable de la fonación, de tal manera que cualquier trastorno o disfuncionalidad laríngea repercute inevitablemente en la calidad de la voz. La laringe, junto con las cavidades orofaríngeas y supralaríngeas, y de resonancia

y, por supuesto, la respiración son frecuentemente las responsables de las alteraciones vocales, que afectan en mayor o menor grado a alguno o varios de los atributos o cualidades de la voz:

- Intensidad (grado o amplitud del sonido vocal), que está directamente relacionada con distintos aspectos respiratorios, como la fuerza con la que se realiza la espiración, y fonatorios, como la amplitud de las vibraciones y/o la intensidad del cierre glótico.
- Tono (cualidad del sonido, dependiente de su frecuencia), que produce un aumento o disminución de la voz en función de la frecuencia de vibración.
- Timbre (calidad del sonido, que diferencia a los del mismo tono y depende de la forma y naturaleza de los elementos que entran en vibración), que derivará de las cavidades de resonancia y, principalmente, de la faringe.
- Extensión (tiempo transcurrido) de la voz o duración de su emisión.

El caso más extremo de la disfonía es la afonía, cuando el niño muestra una incapacidad manifiesta para producir voz, por razones múltiples. Generalmente se combinan factores genéticos (predisposición genética) con factores ambientales (bebidas frías, humos...) y conductas de hipertonía. En la disfonía, la fonación se conserva, aunque alterada en la calidad, el tono o el volumen.

La voz tiene su origen en la laringe, cuya función fonatoria, así como su papel en la respiración y la deglución pueden afectarse por una gran variedad de enfermedades neurológicas (traumáticas, vasculares, tumorales y enfermedades del sistema nervioso central), que alteran la producción vocal. Pero como la laringe no es una *máquina* perfecta, parece lógico pensar que unas cuerdas vocales con algún tipo de alteración estructural producirán un mayor número de ciclos erráticos (Casado et al., 2001).

No obstante, algunas alteraciones de la voz se deben a defectos de resonancia, y aunque la resonancia vocal viene determinada en gran medida por condiciones anatómicas estáticas (tracto vocal), también depende de la actividad motora de la faringe, paladar blando y cavidad oral (Gamboa et al., 2001). Las estructuras anatómicas que tienen capacidad de resonancia son la faringe (que une y comunica la cavidad nasal, la cavidad bucal y la laringe), la cavidad bucal, que permite la articulación de los fonemas por medio de la lengua y los labios, y la cavidad nasal, para habilitar la producción de los fonemas nasales. Las cavidades de resonancia constituyen el hecho diferencial de la voz de cada persona, sus señas de identidad.

En síntesis, las principales variables que inciden en las disfonías se incluyen en la figura 5.1.

Figura 5.1. Variables condicionantes de las disfonías



2. Clasificación y descripción de las disfonías

Como sostiene Stemple (2004), cada vez que un trastorno de voz está presente, un cambio en el funcionamiento normal de la fisiología responsable de la producción de la voz puede ser asumido. La producción normal de voz depende de un equilibrio entre el flujo de aire, suministrado por el sistema respiratorio, la fuerza de los músculos laríngeos, el equilibrio, la coordinación y la resistencia, así como del acoplamiento entre éstos y las cavidades de resonancia (faringe, cavidad oral, cavidad nasal). Cualquier perturbación en la relación fisiológica de estos subsistemas vocales puede acarrear un trastorno de voz. Se pueden producir interferencias en el volumen de las vías respiratorias, potencia, presión, flujo... y también un inadecuado ajuste entre las cavidades de resonancia y el funcionamiento laríngeo, propiciando la aparición de un trastorno vocal (Titze, 1994). Estos cambios son medibles y pueden ser modificados durante la intervención.

La disfonía, en cuanto alteración de la voz, puede ir del simple abuso vocal hasta la pérdida de la eficacia vocal, e implica la falta de control de los mecanismos respiratorio, resonancial y de proyección (Jackson-Menaldi (2002). Este desorden anuncia una deficiencia (en la estructura laríngea), una restricción en los parámetros vocales (pérdida de alguna/s cualidades de la voz) y una limitación en la calidad del habla (sonoridad, nitidez, dicción). Según Aronson (1990), hay alteración de la voz cuando difiere de las voces de otras personas del mismo sexo, similar edad y grupo cultural en timbre, tono, volumen y flexibilidad en la dicción. Pero el concepto de voz normal, con criterios objetivos y absolutos, no existe.

En general, los autores han utilizado criterios taxonómicos diversos para clasificar los trastornos de la voz (disfonías), pues el criterio dicotómico clásico (orgánicas *versus* funcionales) es anfibológico, dado que existen límites difusos entre las afecciones laríngeas orgánicas y las funcionales, ya que algunas laringopatías son predominantemente el resultado de un mal uso reiterado de la voz (Bustos, 2006). Frecuentemente, no obstante, los problemas funcionales de voz poseen un denominador común: la excesiva sensibilidad emocional y la hipercontracción prolongada de los músculos laríngeos intrínsecos y extrínsecos como respuesta a situaciones de estrés, ansiedad, depresión, etc.

2.1. Propuesta clásica

En general, los autores suelen diferenciar entre disfonías provocadas por una lesión, ya sea congénita o adquirida (orgánicas) y aquellas cuyo origen es debido a un mal uso o abuso vocal (funcionales) (Arias et al., 1991; Bustos, 1995; Arias y Estapé, 2005). Ambas se manifiestan de forma especial en la población infantil, tanto desde el punto de vista cuantitativo (elevada frecuencia entre los 5 ó 6 años y la pubertad) como cualitativo (repercusión trascendental). De ahí la importancia de la prevención.

Las disfonías funcionales se caracterizan por mostrar una alteración de la voz en cualquiera de sus cualidades (intensidad, tono y timbre), habida cuenta de un funcionamiento inadecuado del mecanismo fonatorio, respiratorio o de resonancia. Las manifestaciones más frecuentes son las disfonías hiperquinéticas, caracterizadas por una tensión excesiva de las cuerdas vocales que impide su óptimo funcionamiento y cuya causa puede ser la hipertonía o los abusos vocales (gritos, forzar la voz...) y las disfonías hipoquinéticas, que se producen por la incapacidad o dificultad para el cierre total de las cuerdas vocales, por una insuficiente tensión muscular, que bien podría derivarse de sobreesfuerzos o lesiones, como los pólipos (tumores formados en algunas mucosas) o los nódulos (agrupación celular o fibrosa que forma un nudo), que exigen un sobreesfuerzo vocal. Las disfonías funcionales pueden ser también de origen psíquico y por trastornos auditivos. En las disfonías hiperquinéticas las cuerdas vocales se cierran enérgicamente durante la fonación, lo que provoca una voz tensa y espástica. En las disfonías hipoquinéticas suele apreciarse un timbre aereado e hipofonía, debido a que las cuerdas vocales hipotónicas no llegan a unirse en la línea media durante la fonación.

Según Vila (2009, 73), "*en los niños hipertónicos existe hiperlordosis lumbar y cervical, hiperextensión de rodillas, ptosis abdominal, mucha tensión en la zona perilaríngea y proyección y tensión en la*

mandíbula inferior. Su respiración acostumbra a ser torácica superior con hundimiento abdominal en la inspiración y agotando la frase de aire. En niños de tipo hipotónico se puede observar una actitud general pasiva, a pesar de que en el momento de la fonación se observe un aumento del tono y de las zonas de trabajo [...], esternón hundido y ptosis abdominal. Su respiración es superficial y breve".

Las disfonías hiperquinéticas precisan de una atención médica, orientada a mejorar los factores desencadenantes y predisponentes. La reeducación vocal tendrá como objetivo disminuir el esfuerzo laríngeo y equilibrar la acción vibratoria de las cuerdas vocales, y se instaurarán pautas de higiene vocal (hidratación, uso cuidadoso de la voz en ambientes ruidosos...). Las disfonías hipoquinéticas también demandan un tratamiento médico e incidir en los factores favorecedores o desencadenantes asociados. La reeducación vocal atenderá a la mejora del hábito fonatorio, mejorando el estado tónico-postural general, la regulación de la respiración y la activación de la musculatura intrínseca laríngea.

En todos los casos, el término funcional pretende subrayar un desorden de la función fisiológica y no de la estructura anatómica. En términos clínicos, funcional se opone a orgánico y a menudo se relaciona con situaciones de excesivo estrés, elevada emotividad e incluso con conflictos psicológicos, los cuales se perciben como causas que pueden exacerbar los síntomas funcionales.

En las disfunciones por lesiones adquiridas se aprecia una marcada repercusión de los abusos vocales en su aparición. Algunas de las causas más frecuentes en la práctica logopédica son:

- *Laringitis*. En la infancia, debido a las peculiaridades de la laringe del niño, la laringitis cursa con una estenosis, a veces, grave, debido al edema que se localiza en la región infraglótica y que puede interferir poderosamente en la respiración. Las laringitis crónicas están condicionadas por factores constitucionales y, sobre todo, ambientales irritativos, entre los cuales destacan los de origen fonatorio, como el abuso y el mal uso de la voz. El tratamiento de la laringitis incluye reposo de voz y eliminación de irritantes.
- *Nódulos*. Son formaciones de pequeño tamaño, frecuentemente bilaterales, localizadas en la cuerda vocal, que propician una voz ronca, carente de modulación y melodía, y con sensación de esfuerzo. Su origen suele ser funcional por abuso vocal prolongado. Suele ser una lesión benigna frecuente en niños. Generalmente, desaparecen con reeducación vocal. El tratamiento quirúrgico se reserva para casos de lesiones crónicas que no responden a la intervención logopédica.
- *Pólipos*. El pólipo laríngeo es una formación inflamatoria generalmente unilateral. En su etiología se hallan las causas fonatorias (hiperfunción y grandes esfuerzos fonatorios) y la disfonía es

el único síntoma que aparece. Clínicamente, el hablante muestra al inicio una voz ronca y, cuando la lesión aumenta de tamaño, suele acompañarse con disnea y disfagia. El tratamiento incluye reeducación vocal y, si no mejora, atención con microcirugía laríngea seguido de terapia vocal.

- *Edema fusiforme*. Es una lesión que afecta tanto a la submucosa como a la mucosa de las cuerdas vocales. De forma alargada, que recuerda a un huso, tiene generalmente un origen funcional caracterizado por un sobreesfuerzo (abuso vocal) prolongado, que provoca una disfonía severa (voz desapacible y sin brillo). Resistente a la reeducación vocal, suele requerir tratamiento de microcirugía.
- *Pseudoquiste seroso*. Es un edema localizado en las cuerdas vocales, y producido por un abuso vocal, factores alérgicos predisponentes o exposición a agentes irritantes. Generalmente se presenta de forma unilateral y provoca una voz más o menos grave. Requiere intervención quirúrgica y reeducación pre y posquirúrgica.
- *Papilomas*. Es un tumor epitelial benigno, pero susceptible de malignización. Inicialmente, suele producir una disfonía (ronquera), pero no se puede excluir un cuadro de obstrucción respiratoria con disnea, de severidad variable. La evolución clínica es dispar. El tratamiento más utilizado es el quirúrgico.

Las disfunciones por lesiones congénitas suelen achacarse a la presencia de quistes epidermoides, *sulcus glottidis* o mayor abertura del quiste, vergetures o surco-fisura de cuerda vocal y puente mucoso. En estos casos es indispensable el abordaje *interdisciplinar*, en el que participan el médico foniatra, el cirujano y el logopeda, que intervendrá en la fase previa y post-operatoria (Bustos, 2006).

2.2. Propuesta de Le Huche y Allali

Le Huche y Allali (1994) definen la disfonía como un trastorno más o menos persistente de la función vocal percibido como tal por la propia persona o por su entorno. Este trastorno se presenta en condiciones de debilidad laríngea y en contextos en los que se favorecen las conductas de abuso y mal uso vocal, que llevan al sujeto a entrar en lo que denominan el *círculo vicioso del sobreesfuerzo vocal*. Es decir, ante un problema vocal (factores desencadenantes), se tiende inconscientemente a forzar la voz para mejorar su calidad aunque sea a costa de un esfuerzo desmedido. Por acción de factores favorecedores, se puede incrementar ese esfuerzo hasta constituir un hábito, que termina con una disfonía considerable. Aunque los factores desencadenantes (laringitis aguda,

traumatismo laríngeo, procesos alérgicos, factores psicológicos, tos irritativa...) difícilmente pueden producir el trastorno, en tanto que acontecimientos concretos, sí pueden desencadenar el círculo vicioso descrito. Los factores favorecedores (nerviosismo, ansiedad, exposición al polvo, vapores irritantes, aire acondicionado, amigdalitis, faringitis, rinitis...) son peculiaridades propias de la persona o de su forma de vida.

Le Huche y Allali hablan de disfonías disfuncionales, en las que existe una alteración de la función vocal por un trastorno del acto vocal, con lo que, dentro del concepto de disfonía disfuncional, los autores incluyen tanto aquellas en las que no existen lesiones laríngeas específicas (disfonía disfuncional simple) como aquellas en las que una lesión laríngea complica el proceso disfuncional base (disfonías disfuncionales complicadas). Además, consideran formas particulares de las disfonías disfuncionales.

Para Le Huche y Allali, en la aparición de una disfonía disfuncional intervienen factores clave: el sobresfuerzo vocal mantenido, los factores desencadenantes y los factores favorecedores. El sobresfuerzo vocal es el responsable de que el rendimiento vocal sea cada vez menos eficaz, como consecuencia de una postura corporal inadecuada por pérdida de la verticalidad. Entre los factores desencadenantes se incluyen los procesos ORL, factores psicológicos, debilitamiento general, tos pertinaz, acontecimientos psicológicos por la tensión psicomotora que se manifiesta a nivel del aparato fonatorio... Y entre los factores favorecedores se admiten el estrés y la presión social, una técnica vocal defectuosa, ambiente contaminado, presencia de disfónicos o sordos en el medio habitual...

A partir de la concepción multifactorial de las alteraciones de voz, los autores diferencian entre la disfonía disfuncional simple y la disfonía disfuncional complicada. La primera se caracteriza porque no presenta lesiones laríngeas, aunque exista un compromiso de la función del órgano vocal. En estos casos, los pliegues vocales pueden presentar dos comportamientos diferentes durante la fonación (hipotónico o hipertónico). Las disfonías disfuncionales complicadas presentan alguna alteración o lesión laríngea secundaria a una mala función, pudiéndose denominar por ello laringopatías disfuncionales. Hay, por tanto, un sobresfuerzo vocal y, si bien requieren según el caso tratamiento quirúrgico o medicamentoso, será imprescindible realizar tratamiento reeducativo-vocal. Entre las laringopatías disfuncionales mencionan los nódulos, el pseudoquiste seroso, el edema fusiforme, el edema crónico de los pliegues vocales, el pólipo laríngeo, la hemorragia submucosa de la cuerda vocal o el latigazo laríngeo.

Finalmente, Le Huche-Allali describen también *formas particulares de las disfonías disfuncionales*, como la disfonía infantil o los trastornos del cambio o muda de la voz.

Una variante de la disfonía es la *rinofonía* (alteración de la resonancia) que puede ser *abierta* a causa de un insuficiente cierre del velo del paladar con escape nasal, o *cerrada* como consecuencia de una obstrucción nasal. La rinofonía abierta suele dar lugar a la *rinolalia abierta* (los fonemas orales sordos se nasalizan y los sonoros se producen con un exceso de resonancia nasal).

3. Evaluación de la voz: detección de las disfonías

Aunque la medición de la calidad de voz es algo problemático, evaluar la calidad vocal es una parte importante del diagnóstico y del tratamiento en los trastornos de la voz. En general, existen dos procedimientos para evaluar la intensidad de un trastorno vocal. Uno es observar el bienestar general del hablante en situaciones de comunicación; el otro consiste en comparar su voz con medidas normales de voz. No obstante, las peculiaridades de los parámetros acústicos de la voz, que caracterizan el habla de cada persona, confieren a la evaluación vocal una cierta complejidad. Disponer cuándo una voz es patológica es complicado, como también lo es establecer un diagnóstico vocal. Para valorar la calidad de la voz es necesario considerar las circunstancias en las que se produce. Le Huche y Allali (1994) consideran necesario evaluar las dificultades del comportamiento fonador así como los factores que lo condicionan, con el fin de formular un pronóstico y organizar la reeducación, en su caso.

Algunos de los síntomas sensoriales, auditivos y visuales que pueden vaticinar la aparición de una disfonía, según Perelló (1996), se incluyen en la siguiente tabla (Cfr. Tabla 5.1).

Tabla 5.1. Síntomas reveladores de una disfonía

Sensoriales	Auditivos	Visuales
– Carraspera. – Tos laríngea. – Fatiga de voz (fonastenia). – Dolor e irritación de la laringe. – Dolor e irritación de la faringe. – Presión o dolor esternal. – Sensación de agarrotamiento en músculos del cuello. – Ingurgitación de venas o arterias. – Rigidez de garganta. – Sensación de cuerpo extraño o bulto en la garganta. – Irritación u hormigueo en los oídos. – Dolor de dientes crónicos (odinofonía).	– Ronquera aguda o crónica. – Vocalización reducida. – Incapacidad para hablar. – Cambio de tono. – Repentina pérdida de voz. – Voz clara por la mañana y apagada por la noche. – Gama vocal reducida.	– ORL. – Enrojecimiento, inflamación o edema de los pliegues vocales. – Engrosamiento de pliegues vocales. – Lesiones de los pliegues vocales. – Lesiones de pliegues vocales arqueados. – Paresia. – Parálisis.

No obstante, el diagnóstico vocal compete al médico foniatra u otorrinolaringólogo (ORL), quien a partir de la evaluación de la voz determinará sus características, la posible disfunción vocal y su gravedad, los factores desencadenantes y/o predisponentes, las peculiaridades del hábito fonatorio, el pronóstico y las orientaciones para la intervención. El análisis de las características del trastorno de voz y sus repercusiones sobre la capacidad comunicativa del niño constituyen un paso necesario para planificar el tratamiento (Prater y Swift, 1996). En todos los casos, la presunción de una disfonía conlleva de inicio la valoración de posibles alteraciones morfológicas laríngeas, así como la valoración funcional posterior. La colaboración entre foniatras, neurólogos, otorrinolaringólogos y logopedas redundará en diagnósticos más precisos y precoces.

Diferentes autores detallan la información que debe recabarse (Perelló, 1996; Prater y Swift, 1996; Bustos, 2000; Awan, 2001):

- Exploración foniátrica
  - * Descripción de la estructura y la función de las cuerdas vocales.
  - * Valoración de la musculatura fonadora.
  - * Estimación de la vibración cordal.
  - * Calidad vocal.
  - * Diagnóstico del trastorno vocal.
- Exploración funcional
  - * Descripción de la problemática vocal y sus repercusiones (trascendencia, intensidad, evolución, esfuerzo, impulsividad, nerviosismo...).
  - * Peculiaridades del habla.
  - * Momento en que aparecen las dificultades vocales.
  - * Causas del trastorno y/o condicionantes que lo generan (hábitos, enfermedades...).
  - * Modo de aparición: súbito, progresivo, reiterativo.
  - * Características de la voz (intensidad, tono, timbre, resonancia).
  - * Síntomas que presagian una disfonía.
  - * Comportamiento fonatorio (posturas, movimientos, control muscular, respiración).
  - * Reacciones de quienes le rodean.

Esta valoración multidimensional exige la colaboración efectiva de diversos agentes: familia, logopeda, foniatra y ORL. El examen médico especializado (ORL-foniatra) consiste, pues, en la exploración anatómica de la laringe, los labios, la lengua, la cavidad bucal, los dientes, el paladar duro y blando, la cabeza y el cuello (hipertonía o hipotonía). La videoestroboscopia sigue siendo el método más pertinente para analizar la función laríngea, ya que proporciona relevante información sobre el comportamiento de los pliegues vocales y las alteraciones del ciclo vibratorio.

Esta información médica no excluye una valoración de los aspectos funcionales de la voz por el logopeda, quien deberá conocer suficientemente el hábito fonatorio del hablante, para lo cual necesita valorar (Bustos, 2006, 191):

- El patrón postural habitual y aquellos aspectos que más se manifiestan durante la fonación (adelantamiento de la cabeza, modificación del eje de la cintura escapular, hundimiento de la zona esternal, laxitud de la zona abdominal, hiperlordosis lumbar...).
- La implicación de la musculatura del tórax y del abdomen en reposo y, de manera especial, durante la emisión vocal (en voz coloquial, proyectada y cantada).
- La utilización de la respiración silenciosa y su adaptación a la emisión vocal.
- El uso de los resonadores (generalmente predominancia de resonadores faringolaríngeos frente a resonadores craneales).
- El estado y función de los órganos articulatorios.

Por último, la familia y el propio niño también pueden aportar datos relevantes para clarificar el trastorno vocal. Con prudencia y tacto, como señala Vila (2009), es posible conocer cómo el niño y su familia viven la disfonía y qué valoración hacen de ésta. Para ello es necesario recabar datos sobre el momento de la aparición del trastorno y el curso de su evolución, así como la frecuencia de estos episodios y los tiempos aproximados de recuperación de la voz. Interesa conocer asimismo si existen antecedentes familiares con lesiones laríngeas o las causas que en su opinión pueden estar en el origen del trastorno. En este sentido son de interés múltiples datos como, por ejemplo, si se observa alguna mejora o empeoramiento de la voz a lo largo del día, en qué momentos ocurre, por qué creen que sucede, qué importancia le dan, si existen frecuentes episodios de resfriados o alergias, etc. Todos estos datos conformarán la historia clínica del niño (Cfr. Cuadro 5.1).

Cuadro 5.1. Elementos constitutivos de la historia clínica en patología vocal infantil (Vila, 2009, 65)

- Trastorno vocal
- Aparición, evolución
- Diagnóstico lesional (ORL o foniatra)
- Antecedentes familiares y personales
- Salud general
- Hipótesis de causalidad del trastorno
- Detección del trastorno
- Ritmo de vida cotidiano
- Actividades escolares y extraescolares
- Usos de la voz (hablada, cantada, gritos)
- Valoración subjetiva del hándicap vocal
- Evolución psicomotriz, lingüística y escolar
- Hábitos de higiene

Para la valoración subjetiva de la discapacidad vocal se puede recurrir al Voice Handicap Index (VHI) (Índice de Incapacidad Vocal), ideado en 1997 por Jacobson (Jacobson et al., 1998) y validado en español por Núñez et al. (2007). Se trata de un cuestionario que permite cuantificar el impacto percibido por un hablante con trastorno vocal en los ámbitos de la propia función vocal, en la capacidad física relacionada con ella y en las emociones que provoca la disfonía. El VHI (Cfr. Tabla 5.2) contiene 30 ítems organizados en tres grupos de 10, denominados subescala física, subescala funcional y subescala emocional. Rosen et al. (2004) simplificaron el cuestionario en 10 ítems que poseen la misma funcionalidad (Cfr. Tabla 5.3).

Tabla 5.2. Hoja de respuestas del VHI-30 (Núñez et al., 2007)

Parte I-F (funcional)					
F1. La gente me oye con dificultad debido a mi voz	0	1	2	3	4
F2. La gente no me entiende en sitios ruidosos	0	1	2	3	4
F3. Mi familia no me oye si la llamo desde el otro lado de la casa	0	1	2	3	4
F4. Uso el teléfono menos de lo que desearía	0	1	2	3	4
F5. Tiendo a evitar las tertuloas debido a mi voz	0	1	2	3	4
F6. Hablo menos con mis amigos, vecinos y familiares	0	1	2	3	4
F7. La gente me pide que repita lo que les digo	0	1	2	3	4
F8. Mis problemas con la voz alteran mi vida personal y social	0	1	2	3	4
F9. Me siento desplazado de las conversaciones por mi voz	0	1	2	3	4
F10. Mi problema con la voz afecta al rendimiento laboral	0	1	2	3	4
Parte II-P (física)					
P1. Noto perder aire cuando hablo	0	1	2	3	4
P2. Mi voz suena distinto a lo largo del día	0	1	2	3	4
P3. La gente me pregunta: ¿qué te pasa con la voz?	0	1	2	3	4
P4. Mi voz suena quebrada y seca	0	1	2	3	4
P5. Siento que necesito tensar la garganta para producir la voz	0	1	2	3	4
P6. La calidad de mi voz es impredecible	0	1	2	3	4
P7. Trato de cambiar mi voz para que suene diferente	0	1	2	3	4
P8. Me esfuerzo mucho para hablar	0	1	2	3	4
P9. Mi voz empeora por la tarde	0	1	2	3	4
P10. Mi voz se altera en mitad de una frase	0	1	2	3	4
Parte III-E (emocional)					
E1. Estoy tenso en las conversaciones por mi voz	0	1	2	3	4
E2. La gente parece irritada por mi voz	0	1	2	3	4
E3. Creo que la gente no comprende mi problema con la voz	0	1	2	3	4
E4. Mi voz me molesta	0	1	2	3	4
E5. Progreso menos debido a mi voz	0	1	2	3	4
E6. Mi voz me hace sentir cierta minusvalía	0	1	2	3	4
E7. Me siento contrariado cuando me piden que repita lo dicho	0	1	2	3	4
E8. Me siento avergonzado cuando me piden que repita lo dicho	0	1	2	3	4
E9. Mi voz me hace sentir incompetente	0	1	2	3	4
E10. Estoy avergonzado de mi problemática con la voz	0	1	2	3	4

Tabla 5.3. Hoja de respuestas del VHI-10 -abreviado- (Núñez et al., 2007).

F1. La gente me oye con dificultad debido a mi voz	0	1	2	3	4
F2. La gente no me entiende en sitios ruidosos	0	1	2	3	4
F8. Mis problemas con la voz alteran mi vida personal y social	0	1	2	3	4
F9. Me siento desplazado de las conversaciones por mi voz	0	1	2	3	4
F10. Mi problema con la voz afecta al rendimiento laboral	0	1	2	3	4
P5. Siento que necesito tensar la garganta para producir la voz	0	1	2	3	4
P6. La calidad de mi voz es impredecible	0	1	2	3	4
E4. Mi voz me molesta	0	1	2	3	4
E6. Mi voz me hace sentir cierta minusvalía	0	1	2	3	4
P3. La gente me pregunta: ¿qué te pasa con la voz?	0	1	2	3	4

La valoración objetiva de la voz es posible mediante un *estudio morfo-funcional* (exploración física del órgano fonatorio con la laringoestroboscopia) y *el análisis acústico vocal* (estudio de los principales parámetros acústicos que componen la voz humana) (Casado et al., 2001). No obstante, de acuerdo con Oates (2009), aunque la valoración auditivo-perceptiva ha sido criticada de forma sistemática por su inherente subjetividad, esta subjetividad no es motivo suficiente para ser rechazada del proceso evaluador, porque la subjetividad no implica que sean insuficientes la fiabilidad y la validez, ya que adquiriría gran valor si la evaluación de la percepción permitiera informar al médico acerca de los patrones anormales del comportamiento vocal que demandan una modificación en la rehabilitación vocal. Si los sistemas de evaluación de la percepción no son perfectos, el hecho de tener en cuenta un esquema ampliamente admitido y que incorpore las características perceptivas de la voz que son de uso común es un buen comienzo.

No obstante, como ya se ha apuntado, es necesario recabar no solo la información directamente relacionada con la emisión vocal sino de todo el proceso comunicativo (Bustos, 1995): a) el estilo comunicativo (cambios de voz y lenguaje corporal), b) la postura, c) la respiración, y, por último, d) la voz.

En la tabla 5.4 se incluye una guía para la detección de la disfonía infantil.

Tabla 5.4. Guía de detección de la disfonía

SINTOMATOLOGÍA BÁSICA	Sí	No	A Veces
- Voz frecuentemente ronca - Frecuentes dolores, pinchazos o sequedad de garganta - Esfuerzos vocales continuos - Siempre eleva la voz para hacerse oír - Voz grave en exceso para su edad - Respiración inadecuada o ruidosa - Dificultades fonatorias: emisión de sonidos forzados o inadecuados			

.../...

.../...

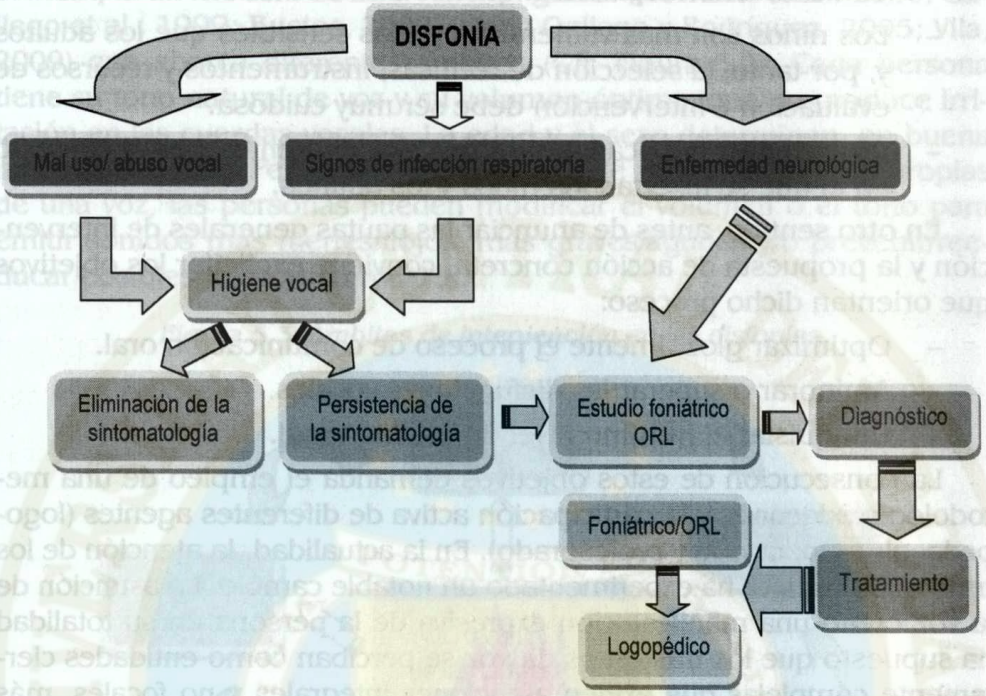
FACTORES DESENCADENANTES			
– Traumatismo laríngeo – Malformaciones laríngeas concretas – Laringitis – Tos irritativa – Voz nasalizada – Gritos repentinos – Factores psicológicos – Procesos alérgicos – Voz peculiarmente anormal – Final de misiones orales sin voz o inaudibles			
FACTORES FAVORECEDORES			
– Mal uso vocal – Se muestra nervioso – Tiene episodios constantes de ansiedad – Problemas afectivos – Ambientes competitivos – Su exposición al polvo y vapores irritantes es continuo – Exposición frecuente al aire acondicionado – Tiene tendencia a la rinitis – Tiene tendencia a la faringitis – Tiene tendencia a la amigdalitis – Fuerza demasiado la voz – Los gritos son muy frecuentes – Tiene antecedentes de familiares con disfonía – Ambiente familiar ruidoso y tenso – En su estilo comunicativo existen frecuentes cambios de voz – Asincronía entre la postura, la respiración y la voz – Rigidez general (poca flexibilidad)			
OTRAS CARACTERÍSTICAS RELEVANTES			
– – –			

4. Intervención en las disfonías

La figura 5.2 muestra un algoritmo diagnóstico y de intervención en las disfonías.

Stemple (2004) considera que las causas de las alteraciones vocales pueden ser mecánicas, neurológicas o psicológicas, pero que, cualquiera que sea el origen, la finalidad de la intervención será siempre la modificación de la actividad fisiológica inapropiada, a través del ejercicio y la manipulación.

Figura 5.2. Algoritmo de manejo en las disfonías



Como norma general, el pronóstico es tanto mejor cuanto menos tiempo transcurre entre la aparición del problema de voz y el inicio de la terapia. La atención temprana acelera la eliminación de los síntomas anormales, aunque no son infrecuentes las recaídas. Se piensa que las disfonías intermitentes pueden ser más resistentes al tratamiento que las afonías incluso, al obtenerse resultados más pobres. Cuando la disfonía tiene un componente psicógeno, se ha de reconocer que, después de la terapia, se ha eliminado sólo el síntoma de perturbación psicológica pero no la propia perturbación, por lo que es lógico esperar que tales factores persistentes que aumentan la probabilidad del trastorno repitan en el futuro (Andersson y Schalen, 1998). Si así fuere, no debe descartarse una atención psicológica para lograr un mejor ajuste emocional del hablante y una mayor durabilidad de los efectos (Roy et al., 1997). Finalmente, no por obvio menos importante, se tendrá en cuenta que la intervención difiere en función de la edad del sujeto y sus propias características vocales. A este efecto, Morrison et al. (1996) establecen algunas diferencias entre los trastornos de voz en el niño y el adulto:

- La laringe de los niños es más pequeña que la de los adultos, y estructural y funcionalmente diferente.
- Los trastornos en la voz pueden asociarse a otros problemas del habla y del lenguaje y otros trastornos del desarrollo.

- Los niños muestran un menor dominio de la respiración y coordinación fonorrespiratoria que los adultos.
- Los niños son más vulnerables y más sensibles que los adultos y, por tanto, la selección de técnicas, instrumentos y recursos de evaluación e intervención debe ser muy cuidosa.
- Los agentes implicados también son diferentes por el contexto en el que se insertan los niños y los adultos.

En otro sentido, antes de anunciar las pautas generales de intervención y la propuesta de acción concreta, conviene explicitar los objetivos que orientan dicho proceso:

- Optimizar globalmente el proceso de comunicación oral.
- Aminorar o superar las disfunciones vocales.
- Conquistar el máximo nivel de calidad vocal.

La consecución de estos objetivos demanda el empleo de una metodología adecuada y la participación activa de diferentes agentes (logopeda, alumno, familia y profesorado). En la actualidad, la atención de los trastornos vocales ha experimentado un notable cambio. La asunción de la voz como una manifestación expresiva de la persona en su totalidad ha supuesto que los trastornos de voz se perciban como entidades ciertamente complejas que exigen atenciones integrales y no focales, más allá de las estrictas manifestaciones vocales, en función de los órganos implicados en la ejecución del lenguaje y del comportamiento global del cuerpo en la emisión del habla. En todos los casos, se aboga por la implementación de acciones coherentes con las condiciones ambientales y peculiaridades del niño, teniendo en cuenta la calidad de su voz y las interferencias que el trastorno genere en las situaciones comunicativas.

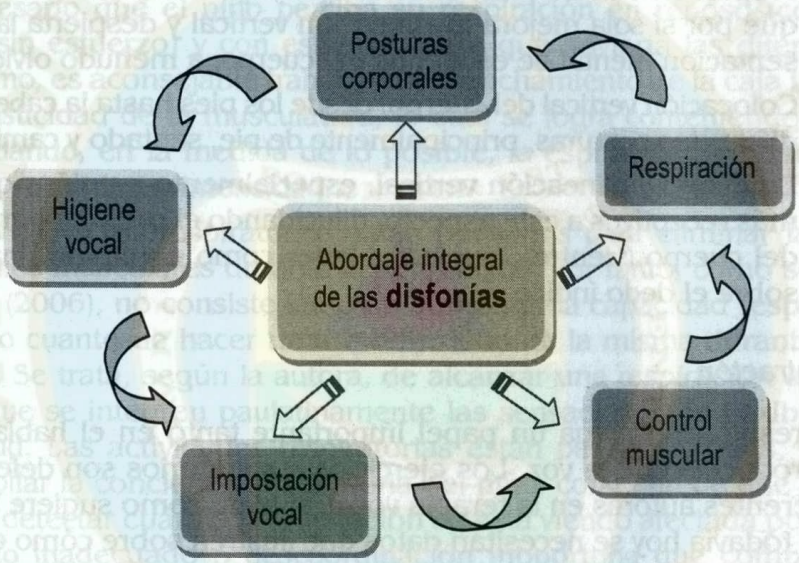
Para Estellés (1992), los aspectos que debe comprender la educación de la voz en el escolar son:

- En primer lugar, un programa de sensibilización del alumno sobre la importancia que tiene para él la educación y el cuidado de su voz.
- Complementariamente, proporcionarle pautas de higiene vocal, además de hábitos correctos de respiración y utilización adecuada del sistema de resonancia.
- El último aspecto lo constituye la detección temprana del mal uso vocal, puesto que los hábitos incorrectos se instauran en la infancia y, aunque en dicha etapa no se manifieste un problema vocal, es presumible que, al llegar la edad adulta, el deterioro de la voz sea difícilmente reversible.

Sin desdeñar el tratamiento clínico, que proporciona el médico ORL-foniatra en caso necesario, a partir de cuidados preventivos y curativos, que se acompañan de la prescripción de medicamentos oportunos para

eliminar dolores, inflamaciones o infecciones, el tratamiento logopédico contempla un modelo de intervención global (Morrison et al., 1996; Gallego et al., 1999; Bustos, 2000, 2006; Gallego y Rodríguez, 2005; Vila, 2009) que abarca diferentes ámbitos (Cfr. Figura 5.3). Cada persona tiene su tono natural de voz y su volumen óptimo, que no produce irritación en las cuerdas vocales. La edad y el sexo determinan, en buena medida, ese tono. Pero con independencia de las características propias de una voz, las personas pueden modificar el volumen o el tono para emitir sonidos más fuertes/flojos, más graves/agudos y/o prevenir/reeducar posibles trastornos vocales.

Figura 5.3. Ámbitos de intervención en las disfonías



1. Posturas y movimientos corporales

La producción del habla se beneficia cuando el cuerpo adopta una correcta posición vertical, ya que ofrece una solución económica que facilita la actividad respiratoria y la emisión vocal. La voz permanece indefectiblemente unida a la posición que adopte el cuerpo durante la fonación, hasta tal punto que la calidad de voz depende en buena medida de la postura corporal adoptada. Gestos, posturas y movimientos son elementos sustantivos de la comunicación no verbal, complemento básico de la comunicación oral y facilitadores de las producciones verbales. La comunicación eficaz exige no solo la participación de la voz sino de todo el cuerpo; cuerpo y voz deben expresar una misma intención (Behlau y Pontes, 2009).

Se habrá de advertir al niño sobre la importancia de las posturas, gestos y movimientos inadecuados, en tanto que aspectos perturbado-

res de la comunicación social. El niño debe ser consciente de la relación entre la verticalidad de su cuerpo (tanto de pie como sentado) y la emisión del lenguaje. Además, según Hoit et al. (1988), en la posición supina hay poca o nula actividad muscular del abdomen durante el habla, mientras que en la posición vertical del cuerpo del abdomen los músculos están muy activos. Lo que se pretende es emitir la mejor voz con el menor esfuerzo. Para lo cual se necesita el suficiente equilibrio muscular en la ejecución motriz, a través de la conquista de la verticalidad corporal y el control muscular.

A este efecto, Bustos (2000) propone las siguientes actividades concretas:

- Preparación de los pies, con masajes y ejercicios de movilización, que por sí sola mejora la alineación vertical y despierta la representación mental de esta zona del cuerpo, a menudo olvidada.
- Colocación vertical del cuerpo, desde los pies hasta la cabeza y en diferentes posturas, principalmente de pie, sentado y caminando.
- Equilibrio y alineación vertical, especialmente en niños que son más receptivos a este aspecto, dilucidando el centro de gravedad del cuerpo (vientre), con actividades como equilibrar una barra sobre el dedo índice.

2. Respiración

La respiración juega un papel importante tanto en el habla como en la producción de la voz. Los ejercicios respiratorios son defendidos por diferentes autores en la terapia vocal, si bien, como sugiere Watson (2004), todavía hoy se necesitan datos que ilustren sobre cómo el comportamiento de una respiración anormal contribuye a los trastornos de voz, ya que no está claro cuál es el papel que la respiración juega en esos trastornos (Reed, 1980). Conviene advertir, sin embargo, que la buena función vocal no depende tanto de la cantidad de aire inspirado cuanto del control adecuado de la espiración.

No obstante, existe suficiente consenso para admitir que la respiración costo-abdominal o diafragmática es la más recomendable para la fonación. Por consiguiente, los ejercicios irán orientados a que el niño conquiste este tipo de respiración, la cual se realizará de forma ralentizada para que el niño tome conciencia del acto respiratorio (inspiración-espiración). Interesa observar cómo se toma el aire y cómo se distribuye, puesto que la calidad de la voz no depende tanto de la cantidad de aire inspirado cuanto de la calidad de las contracciones musculares (Dinville, 1996). En efecto, muchos de los niños con disfonía no poseen una baja disponibilidad de aire ni una disminución de su fuerza espiratoria, sino un exceso de presión y un sobreesfuerzo asociando respiración y fonación (Vila, 2009).

En este sentido, sostienen Le Huche y Allali (1994), las actividades de soplo fonatorio, orientadas hacia el dominio, la precisión y la flexibilidad de los movimientos respiratorios no deben equipararse a las de gimnasia respiratoria, pensadas para incrementar el ensanchamiento torácico. Interesa que el niño se dé cuenta de cómo la globalidad del cuerpo participa en el acto respiratorio de forma armoniosa y coordinada, con el fin de que adquiera conciencia de las acciones inherentes a esta función: cómo se inspira y se distribuye el aire, qué le ocurre al abdomen, qué sensaciones se percibe, qué contracciones musculares se requieren, cómo se expulsa el aire, qué sucede entonces.... Todo ello puede realizarse en diferentes posturas para apreciar las diferencias: tumbado, sentado y de pie, y ejecutarse tanto nasal como bucalmente. Es necesario que el niño perciba su respiración en reposo (cómoda, fácil y sin esfuerzo) y con esfuerzo, para que advierta las diferencias. Asimismo, es aconsejable trabajar el ensanchamiento de la caja torácica y la elasticidad de la musculatura, lo cual se logra conteniendo el aire y retardando, en la medida de lo posible, la espiración, soplando con distinta velocidad e intensidad...

Los ejercicios respiratorios están pensados para eliminar las contracciones musculares durante la respiración. Por tanto, como sostiene Bustos (2006), no consiste tanto en aumentar la capacidad respiratoria del niño cuanto de hacer un uso adecuado de la misma durante la fonación. Se trata, según la autora, de alcanzar una *respiración liberada* en la que se integren paulatinamente las sensaciones de flexibilidad y amplitud. Las actividades respiratorias están pensadas, pues, para a) desarrollar la conciencia respiratoria del niño, con el fin de que sea capaz de detectar cuándo la respiración se está viendo afectada por algún esfuerzo inadecuado o descoordinación inoportuna que comprometa la calidad de su habla; b) implantar una respiración costodiafragmática que permita un control muscular del soplo; c) control del aire espiratorio; d) conseguir una adecuada coordinación fonorrespiratoria.

3. Control muscular

Una buena voz, en lo que se refiere a su timbre, brillo, volumen y matices no solo se consigue con un adecuado dominio respiratorio y una correcta posición corporal, sino que también es necesario un adecuado control muscular, una relajación neuromuscular suficiente, el descenso de la tensión nerviosa y el deseo de emitir sonidos claros y bien articulados.

En este sentido, el control de los músculos fonoarticulatorios se ha revelado necesario para equilibrar la tensión muscular inherente en los actos de habla. Se trata de normalizar el tono muscular del hablante hasta apropiarlo a las exigencias que demanda la realización de un movimiento o actividad concreta (Bustos, 2000). Para ello, se estimularán

las sensaciones propioceptivas (de apoyo al suelo) del sujeto mientras se emite el discurso para intentar alcanzar un tono muscular más armonioso. Si es posible, se procurará que el niño identifique el lugar en el que existe tensión muscular para tratar de superarla mediante autoregulación y auto-masajes y estiramientos.

Durante las actividades de relajación, se insistirá en los músculos más tensos y de menor control relacionados con la voz, y sus posibles repercusiones en la alteración del tono muscular. Se vigilará la tonicidad de los abdominales y la posición de la columna lumbar y se mejorará la posición de los hombros y la tensión de la musculatura extrínseca y del cuello. Especial atención merecen, pues, la cintura, la espalda, los hombros, el cuello, la mandíbula, los labios y los músculos más relevantes que pueden registrar cierta tensión. Además de comentar la flacidez o rigidez de éstos, conviene evidenciarlo a través del contacto táctil.

En este sentido se han propuesto diversidad de actividades (Bustos, 2000):

- Masajes manuales, con una pelota e incluso automasajes.
- Manipulaciones táctiles en distintas posiciones: sentado, tumbado, de pie...
- Movilizaciones de miembros inferiores, superiores y cabeza en distintas posiciones.
- Estiramientos de todos los miembros y en todas las posiciones.

Si los ejercicios respiratorios pueden ser beneficiosos para reducir la frecuencia cardiaca y la presión arterial, contribuyendo a la mejora de la calidad del habla, las técnicas de relajación también se consideran útiles para reducir la tensión muscular sistémica en hablantes con trastornos de voz (Boone y McFarlane, 2000). En efecto, no es infrecuente que los músculos que intervienen en el habla alcancen una tensión excesiva, como consecuencia de un uso repetido y prolongado del habla que propicia un esfuerzo vocal y que puede derivar en una disfonía. Por esta razón, son muy importantes los ejercicios de relajación. No obstante, el reeducador ha de estar atento para proporcionar a cada caso los ejercicios concretos de relajación que se precise. Es probable que en las disfonías hipoquinéticas se pueda prescindir de los métodos globales, para evitar disminuir en exceso el tono muscular del niño. El binomio tensión/relajación puede ser útil en la relajación muscular segmentaria. Las técnicas de relajación pueden perdurar en el tiempo con el objetivo de instaurar hábitos definitivos de relajación muscular.

4. Impostación vocal

La impostación se refiere a la fijación de la voz en las cuerdas vocales para emitir un sonido pleno, sin vacilación ni temblor. El tono del sonido

emitido en la laringe, al pasar por las cavidades de resonancia (cavidad laríngea, fosas nasales y cavidad bucal), hace vibrar los elementos elásticos de éstas, dando lugar a los armónicos, que junto con el tono conforman el timbre de voz.

Los ejercicios de impostación vocal están pensados para favorecer la distensión de los grupos musculares de la lengua y la flexibilidad de la mandíbula. Las actividades se realizan para mejorar sus parámetros acústicos: tono, timbre, intensidad, melodía, entonación y emisión. Con frecuencia las disfonías ponen de manifiesto la afectación de tres parámetros vocales: altura, timbre e intensidad. Para dotarlos de calidad, se realizarán ejercicios laríngeos, tanto con la boca abierta como cerrada, con el mínimo esfuerzo posible: gritos de animales, vocales (aumentando su extensión), palabras, frases, historias, rimas, conversaciones, canciones. Todo ello de forma amena y divertida. Leer en voz alta, aconsejarle mantener un timbre grave en las palabras, cantar con distintos ritmos... son actividades que pueden realizarse en el aula y en el hogar. Es recomendable registrar su habla en un magnetófono y luego escucharlo, remarcando las posibles mejoras. El objetivo es emitir sonidos adecuados colocando correctamente las cavidades de resonancia, lo cual redundará en una disminución del esfuerzo requerido, obteniéndose un sonido firme y correcto, evitando vacilaciones y temblores de voz (Gallego y Rodríguez, 2005). Interesa, no obstante, enfatizar más los progresos que los defectos, al menos al principio.

En la reeducación vocal, es necesario un uso óptimo del aparato resonador. Para ello, "*es preciso que la mandíbula no esté rígida ni dificulte la abertura de la cavidad bucal durante la articulación de las palabras; una mandíbula rígida disminuye el espacio interno de la cavidad faringo-bucal, a lo cual suele asociarse una retrotracción de la lengua, que a su vez predispone a una posición fisiológicamente elevada de la laringe, no recomendable para una emisión saludable. Por su parte, el velo del paladar ha de estar ligeramente tonificado, precisando para ello poder disponer del espacio suficiente en la parte posterior de la cavidad bucal. Una adecuada tonificación del velo contribuye a enriquecer el timbre vocal*" (Bustos, 2006, 205).

Con la realización de estas actividades, se pretende que el niño tome conciencia de dónde se produce el menor esfuerzo laríngeo en la emisión de los sonidos. Más que comentar la colocación de los órganos en la producción de un sonido, procede ejercitarse en la emisión de sonidos y descubrir cuál es la posición más pertinente para la fonación.

5. Higiene vocal

Como señala Casper (2004), la higiene vocal es otro aspecto básico de la terapia, e incluye el conjunto de normas que ayudan a preservar la salud vocal y prevenir la aparición de alteraciones o dolencias (Behlau y

Pontes, 2009). En algunos casos, la terapia de un trastorno vocal se resuelve con una higiene vocal adecuada. En principio, la humidificación del medio ambiente es particularmente importante para facilitar la salud de la voz y, como tal, debe ser foco de atención en todos los programas de higiene vocal. Algunos autores han demostrado los efectos nocivos que un ambiente reseco ejerce en las cuerdas vocales y la importancia de la hidratación de las cuerdas vocales para facilitar la fonación. Para poder vibrar de forma eficiente, las cuerdas vocales deben estar lubricadas con una capa fina de mucosidad, para lo cual beber bastante agua es un buen remedio. La hidratación ambiental (inhalación de vapor) favorece el comportamiento vocal. Por ello, en los recintos con mucha calefacción, aire acondicionado o ambientes con poca humedad en el aire, el uso de un humidificador resulta aconsejable.

Otro componente importante de la higiene vocal es la reducción de la intensidad vocal, que se consigue evitando hablar por encima de los altos niveles de ruido ambiental o mediante la eliminación de gritos innecesarios. Los excesos vocales son una fuente común en las patologías de las cuerdas vocales. Tampoco se puede ignorar las repercusiones que ciertos estilos de vida y la ingesta de una dieta no saludable tienen en el agravamiento de los síntomas disfónicos. También conviene recordar que perjudican tanto las bebidas muy frías como las demasiado calientes.

Descansar adecuadamente, hacer ejercicio físico con regularidad y llevar una dieta equilibrada, que incluya la ingesta de vegetales, frutas y legumbres, parece ser una manera adecuada de mantener la higiene vocal, siempre y cuando se evite forzar la voz o gritar y se respire suficiente y silenciosamente y de forma adecuada, reduciendo la tensión del cuello. De igual forma conviene evitar los hábitos nerviosos que originan abuso vocal, como el carraspeo, la respiración insuficiente, el habla monótona o contener la respiración y hablar rápidamente.

Asimismo, mantener las fosas nasales descongestionadas, limpiándolas con suero fisiológico o agua marina, realizar inhalaciones naturales o vahos, evitando la tos brusca, el carraspeo, el llanto o la risa exagerada son acciones necesarias para favorecer una buena voz. A menudo la congestión nasal es causa de una respiración bucal, al resecar la laringe y la faringe por ausencia del aporte necesario de humedad (Cohn, Spiegel y Sataloff, 1995).

Por tanto, no solo se han de cuidar los aspectos intrínsecos en la producción de los sonidos para reducir los esfuerzos vocales sino que se han de inculcar nuevos hábitos de higiene vocal (Cfr. Cuadros 5.2, 5.3 y 5.4) con el fin de mantener los órganos fonatorios en el mejor estado, especialmente en el caso de niños con alguna predisposición a padecer trastornos de voz y/o con antecedentes (Quiñones, 2003).

Cuadro 5.2. Pautas para la atención de la voz en el hogar (Gallego et al., 1999, 176)

- Reducir los excesos vocales en el caso de enfermedades que afecten a la voz, como amigdalitis, faringitis, laringitis, resfriados, etc.
- Evitar hablar en situaciones de excesivo ruido ambiental y contaminación acústica.
- Hablar despacio, claro, sin gritar y sin hablar desde lejos.
- Ayudar al niño a que use una intensidad y tono adecuados siguiendo las orientaciones del logopeda, evitando que tenga que gritar.
- Usar los aparatos de audio con intensidad normal.
- Evitar la ingestión de bebidas muy frías y muy calientes.
- Conseguir un ambiente relajado en casa.
- No cortar los ambientes ruidosos con gritos.
- Ayudarle a relajarse cuando esté forzando la voz.
- Controlar los periodos de sudoración del niño, después de una actividad física duradera.
- No pasar por alto los síntomas prolongados de tensión vocal, disfonía, dolor en la garganta, como suele ocurrir frecuentemente.

Cuadro 5.3. Pautas para la atención de la voz en el aula (Gallego et al., 1999, 176)

- Evitar situaciones de ruidos y gritos en el aula y en el centro.
- Controlar especialmente los recreos.
- Trabajar suficientemente la disciplina, de tal suerte que se respeten adecuadamente los turnos de palabra.
- Hablar despacio, claro, sin gritar; no hablar desde lejos.
- Mejorar la audición del aula y hacer un uso funcional auditivo adecuado de la misma (posición del profesor y los alumnos, ubicación del mobiliario...).
- Usar los aparatos de audio con intensidad normal.
- Procurar que los niños utilicen distintas intensidades de voz según las necesidades comunicativas (diálogo, exposición, etc.).
- Situar a los niños con dificultades de voz en un lugar próximo al profesor para evitarles tener que forzar su voz.
- Habituar a los niños a que usen los elementos prosódicos del lenguaje sin necesidad de elevar la intensidad de la voz.
- Procurar que los niños hablen con el volumen, tono y velocidad adecuados.
- Encontrar formas no vocales para conseguir que le presten atención.
- Inculcar a los niños hábitos posturales adecuados.

Cuadro 5.4. Comportamientos y hábitos favorables y desfavorables para la voz del niño (Vila, 2009, 207-208)

- Evitar los ambientes con humo.
- Asegurar la hidratación del niño, tanto por la ingesta de líquidos como por el control de un buen nivel de humedad en el ambiente.
- Asegurar un nivel sonoro confortable en el hogar.
- Procurar que el número de actividades extraescolares no sea excesivo.
- Vigilar procesos alérgicos o catarrales.
- Mantener una adecuada limpieza nasal.
- Evitar los gritos repetitivos y realizados con esfuerzo.
- Favorecer el canto como forma de expresión y de experiencia artística.
- Evitar los sonidos y ruidos realizados con la laringe o la boca, siempre que supongan un sobreesfuerzo vocal.
- Evitar un gesto vocal forzado en los juegos simbólicos o en las imitaciones.
- Ayudarle a identificar los indicios de fatiga vocal para disminuir el ritmo y la intensidad del habla.
- Asegurar un ritmo de descanso suficiente para la voz y para el conjunto de actividades del niño.
- Promover un buen nivel de práctica deportiva, sin exceso de competitividad.
- Velar por el buen ritmo de actividades escolares con el apoyo necesario al aprendizaje.

En todos los casos, el éxito de la intervención va a depender no solo de la bondad del tratamiento y del buen hacer del logopeda (capacidad profesional y humana) sino también de otras variables (Gallego y Rodríguez, 2005):

- El niño y, en especial, su motivación por superar la disfonía, junto con la necesaria implicación de sus padres en el tratamiento.
- La percepción, actitud y expectativas de los padres ante la disfonía. Actitudes positivas y expectativas halagüeñas son un buen presagio de la buena disposición del niño para mejorar su voz.
- La implicación del profesorado y su disposición para colaborar en el desarrollo de las actividades sugeridas por los especialistas.

ANEXO I

CASO 1. ¿Qué le pasa a Cristina?

1. ¿Qué sabemos?

Cristina tiene 6 años y 5 meses. Según sus padres, con 4 años le detectaron una alergia al polen de las gramíneas y el olivo. La vacuna que se le administra y la medicación prescrita en la época de mayor floración le aminoran ostensiblemente la disnea, el picor de ojos, la rinitis y la tos, aunque se le aprecia una ligera ronquera en algunos momentos del periodo de máxima polinización. No obstante, desde hace algún tiempo, que coincide con su incorporación al grupo de teatro del colegio, le notan que la leve ronquera que se observaba solo en la época de la polinización la mantiene ahora, en mayor o menor grado, de forma permanente, y aunque no muestran ninguna preocupación, temen que si no se pone remedio se convierta en crónica.

Su tutora señala que Cristina tiene un carácter muy definido, es una niña inquieta, muy responsable y que se implica mucho en la realización de todas las tareas que emprende. Reconoce que tiene una ronquera sistemática, aunque en su opinión no es una niña que realice excesivo ejercicio físico ni que suela gritar demasiado en el aula y en el patio.

Descartadas las patologías quirúrgicas, los trastornos endocrinos, neurológicos y otorrinolaringológicos, según se desprende de los diferentes informes médicos, el logopeda del centro sugiere una atención integral para atender las disfunciones vocales de la niña.

2. Diagnóstico presuntivo

Disfonía.

3. ¿Qué se puede hacer?

Los contextos de actividad de la niña son los escenarios idóneos para atender su disfonía. De ahí la necesidad de implicar en el tratamiento logopédico a la familia y a la escuela, con la intención de conseguir a) identificar las causas y factores que ocasionan la disfonía; b) optimizar el proceso de comunicación oral; c) superar las disfunciones vocales; d) alcanzar el máximo nivel de calidad vocal.

En principio se informará a la familia y a la niña sobre la disfonía, para hacerles conscientes del problema vocal y de las posibilidades de mejora. Conviene explicarles cuáles son los aspectos relativos a la naturaleza de estos problemas, incluyendo las causas que los generan y los factores que los mantienen, así como las medidas que deben adoptarse para evitarlos o minimizarlos. En este caso, es probable que el carácter

perdurable de la disfonía se pueda explicar apelando a tres razones principales:

1) adopción de posturas incorrectas;
2) incremento de la tensión muscular;
3) sobresfuerzo vocal.

Y ello como consecuencia de la participación de la niña en las actividades de interpretación en el centro escolar.

Los padres deben saber que frecuentemente las disfonías responden a comportamientos concretos de la familia y/o de los niños, y que a menudo se asocian con rasgos de su temperamento. Por ello la aparición o el aumento de una disfonía ha de interpretarse como una señal de que algo no va bien y de que se debe poner remedio. Para ello se propone una atención integral, que excede la simple consideración de los parámetros vocales y aboga por una actuación global que implica a la niña, a los padres y a la propia escuela. Se les indicará que los ejercicios que se proponen más adelante deben ser realizados de forma sistemática, para que Cristina se apropie de una posición corporal correcta, una intensidad de voz adecuada y mantenga la necesaria relajación y el equilibrio muscular ajustado a sus características personales. La cotidianidad y regularidad de los ejercicios es una necesidad insalvable.

Inicialmente, se procurará que la niña alcance el suficiente control psicomotriz, mediante actividades de relajación que le permitan un adecuado control muscular y la oportuna toma de conciencia del propio cuerpo y su posicionamiento (verticalidad) para ejercitarse en las actividades vocales. Esta ejercitación inicial está indicada para que la niña tome conciencia de las posturas, movimientos y gestos que realiza durante la realización de las tareas que se le demandan y para que sea consciente de si efectúa o no esfuerzo vocal.

Algunas de las actividades-tipo serán: adopción de una adecuada posición horizontal (tendido supino), vertical (de pie) o sentada (en una silla), y vivenciación de una correcta respiración, respiraciones nasales amplias y espiraciones no forzadas (desde no sonoras hasta con emisión de suspiros y vocalizaciones), oler una rosa, contracción-relajación global del cuerpo, contracción-relajación de los músculos/segmentos de la cara, contracción-relajación del brazo, contracción-relajación de la mano, pierna, etc., levantar el hombro derecho/izquierdo, levantar ligeramente la cabeza... El reeducador puede ir narrando las supuestas sensaciones que percibe la niña, para advertir el nivel de acuerdo o desaprobación de ésta.

Si las actividades de verticalidad del cuerpo son indispensables para la conquista de un adecuado comportamiento vocal, las tareas de relajación frenan las limitaciones que imponen la rigidez de los movimientos del cuerpo, la cabeza, el cuello, los hombros y el tórax. El control

muscular, la corrección postural y la precisión de los movimientos respiratorios son también imprescindibles para una buena impostación vocal. La participación global del cuerpo es un prerrequisito para la buena realización vocal. De otra parte, en los ejercicios respiratorios con emisión de voz: vocales (aumentando su extensión), palabras, frases, rimas o canciones, se prestará una especial atención a la precisión, el dominio y la flexibilidad de los movimientos respiratorios, de tal forma que ante cualquier signo de fatiga se impone el descanso.

Algunos ejercicios-tipo de emisión de voz con la implicación global del cuerpo son: conteo numérico de forma regular, anticipando una "y" de apoyo (p.e., y... uno, y... dos, y... tres, etc.) y acompañándose de gestos (movimientos de manos, golpes, palmadas...), conteo numérico con emisión de tonos graves/agudos, tareas de entonación de frases (tonemas ascendentes/descendentes/sostenidos), emisión de sonidos graves con distinta intensidad, vocalizaciones sostenidas suaves, vocalizaciones consonánticas, reproducción de un sonido dado, reproducción colectiva de un sonido para advertir los desajustes, emisión de sonidos ajustados a una altura tonal determinada, emisión de sonidos con la boca inicialmente cerrada para concluir con ella abierta (p.e. / mmmmm-a/, mmmmm-i, mmmmm-o...), etc.

Se debe insistir, asimismo, sobre la importancia de las medidas de higiene vocal: eliminación de abusos vocales, supresión de hábitos inadecuados, no hablar con voz monótona o frases muy largas, no exponerse a condiciones ambientales adversas, evitar las posturas poco equilibradas, no competir con el ruido ambiental, reducir el uso de voz en condiciones de salud limitadas (refriados, alergias...), mantenerse siempre bien hidratado, acompasar el habla con gestos, etc. (véanse Cuadros 5.2, 5.3 y 5.4). Estas acciones poseen efectos facilitadores sobre la intensidad de la voz, el tono, el timbre, la resonancia y la entonación. Conviene recordar igualmente la importancia de conocer las diferentes técnicas y saber cómo y cuándo se han de utilizar.

UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE TERAPIA DEL LENGUAJE

6 Trastorno específico del lenguaje

En la actualidad, la denominación de trastorno específico del lenguaje (TEL) prevalece sobre cualquier otra (retraso de lenguaje, disfasia, afasia congénita, afasia evolutiva expresiva, afasia evolutiva receptivo-expresiva, trastorno del lenguaje, déficit específico del lenguaje....), cuando se trata de poner nombre a un desorden lingüístico cuyos rasgos más definitorios son el retraso significativo en la adquisición del lenguaje, la afectación del componente receptivo y expresivo y la ausencia de evolución espontánea hacia la normalización. No obstante, las "etiquetas" o entidades más comunes han sido las de retraso (¿evolución?) y disfasia (¿trastorno?), a pesar de que sus diferencias y/o límites nunca hayan sido demasiado evidentes. Se reserva el término *afasia* para denominar la pérdida del lenguaje por lesiones cerebrales focales.

TEL es la traducción de Specific Language Impairment (SLI), cuya sigla se ha impuesto para referirse a una gama de trastornos de lenguaje en los que no existen causas neurológicas, sociales, perceptivas, etc., evidenciables, que se empiezan a poner de manifiesto desde las primeras etapas de la adquisición del lenguaje (2-3 años), tienen un carácter evolutivo, y sin lugar a dudas afectan diferencialmente al lenguaje frente a otras funciones cognitivas y comunicativas (especificidad). No obstante, el trastorno puede ser específico o estar asociado a una discapacidad de aprendizaje más general (autismo, daños neurológicos o físicos).

El TEL se utiliza para caracterizar las limitaciones lingüísticas de algunos niños que no presentan déficits en su desarrollo cognitivo, ni daños cerebrales, ni deficiencias motrices, ni déficits sensoriales (especialmente auditivos), ni alteraciones de tipo emotivo-afectivo (al menos inicialmente), y que se desarrollan en condiciones socio-ambientales aparentemente normales. Suele admitirse que entre el 5% y el 7% de los niños de edades comprendidas entre los 4 y los 7 años presentan este trastorno, al exhibir destrezas inferiores de lenguaje para su edad y problemas más o menos acusados en habilidades fonológicas, semánticas, morfológicas, sintácticas y pragmáticas.

1. Caracterización de los TEL

El TEL constituye un trastorno en la adquisición del lenguaje que afecta tanto a la expresión como a la comprensión del mensaje, en ausencia de déficits sensoriales, psíquicos o mentales (Barret, 2001). Constituye, por tanto, una categoría diagnóstica muy heterogénea en la que se incluyen niños que presentan un retraso significativo en la adquisición y desarrollo de habilidades comunicativas y lingüísticas, persistente en el tiempo, y que no puede ser explicado en términos de déficit cognitivo, neurológico, socioemocional, perceptivo o motor. En ocasiones, señalan algunos autores (Hegde y Maul, 2006; Parisse y Maillart, 2009), puede asociarse a otras patologías (sordera, autismo, retraso mental) o coexistir con otras alteraciones, como problemas en la atención, memoria, afectividad, hiperactividad... Afecta a un grupo de niños mayores de 3 años que muestran limitaciones significativas en habilidades lingüísticas sin una causa claramente identificable, con una cognición no verbal normal, audición normal y ausencia de déficits neurológicos (Weismer, 2000). Para Goodyer (2000), la inclusión del término "específico" pretende subrayar que otras funciones cognitivas, incluyendo habilidades motoras y de atención, están dentro de los límites normales y no presentan dificultades.

La American Speech-Language-Hearing Association (ASHA, 1980) ha definido el TEL como la ausencia de normalidad en el proceso de adquisición, comprensión o expresión del lenguaje hablado o escrito, que deriva de dificultades en uno, algunos o todos los componentes del sistema lingüístico (fonológico, morfosintáctico, semántico o pragmático) y deficiencias en el procesamiento del lenguaje. No es, pues, un trastorno uniforme, sino una perturbación poliédrica que alude al lenguaje de aquellos niños que muestran notables dificultades en su desarrollo lingüístico, sin causas aparentes y con capacidades cognitivas normales (Bishop, 1997; Leonard, 1998; Bishop y Leonard, 2001; Leonard, 2002). Estos autores coinciden en definirlo como todo inicio retrasado, lento y alterado del lenguaje que no puede ser vinculado a un déficit sensorial (auditivo) o motor, deficiencia mental, trastorno psicopatológico, privación socioafectiva, lesiones o disfunciones cerebrales evidentes. La limitación del lenguaje debe ser de 1,25 desviaciones estándar por debajo de la media en un buen test de lenguaje (Leonard, 1998; Aguado, 2006).

Se admite que los niños con TEL poseen normalidad auditiva, cognitiva, de las capacidades motrices bucofaríngeas y del entorno socioafectivo, aunque se desconoce cuál es su etiología, los límites del trastorno y los mecanismos neuropsicológicos y lingüísticos que subyacen (Chevrie-Muller, 2001). Se mantiene, por tanto, la clásica definición por exclusión establecida por Benton (1964).

En nuestro contexto, diferentes autores han concretado los principales problemas de los niños con TEL de habla española (Valdizán, 2005; Crespo y Narbona, 2006; Muñoz y Carballo, 2005; Buiza et al., 2007): a) dificultades en la interacción; b) disminución de la capacidad lúdica; c) reclusión en sí mismos; d) deterioro de la atención; e) cambios bruscos de carácter; f) repetitivos en sus hábitos; g) dificultades en la adquisición de conocimientos; h) problemas en la compresión temporoespacial y en la discriminación de estímulos auditivos; i) velocidad de procesamiento enlentecida en actividades lingüísticas y no lingüísticas. Sin embargo, como señalan Arboleda et al. (2007), no se puede concluir que exista una alteración generalizada de múltiples funciones cognitivas en estos niños. La alteración de la memoria de trabajo (fonológica y verbal a corto plazo) es su rasgo más común (Serra, 1997; Muñoz y Carballo, 2005; Crespo y Narbona, 2006).

1.1. Clasificación y descripción

Chevrie-Muller (2001) diferencia entre las clasificaciones que se establecen a partir de la observación y aquellas que se realizan siguiendo procedimientos experimentales. Entre las primeras habría que situar las propuestas de Rapin y Allen (1987) y Conti-Ramsden (2000). Un ejemplo de las segundas es la clasificación de Wilson y Risucci (1986). No obstante, dada la existencia de múltiples clasificaciones, según los autores, es aconsejable describir las conductas lingüísticas de los niños con TEL para asegurar una mejor comprensión de las peculiaridades que incluyen sus diferentes formas clínicas. Una descripción exhaustiva de los desórdenes semánticos, gramaticales y pragmáticos de los niños con trastornos del lenguaje es imprescindible para evaluarlos y tratarlos adecuadamente, sin que por ello se deba renunciar a conocer sus causas y mucho menos a intentar comprenderlas.

1.1.1. La propuesta de Rapin y Allen

Comúnmente admitida por la comunidad científica, la clasificación de Rapin y Allen (1987) es de carácter sintomatológico, y se establece a partir de la descripción de las conductas lingüísticas anómalas de un relevante número de niños con déficits específicos del lenguaje, obviando sus posibles causas y la pretensión de establecer una taxonomía con categorías nosológicas fijas. El resultado fue la identificación de diversas formas clínicas (subtipos), en las que se describen estados patológicos del desarrollo del lenguaje, que se repiten con cierta similitud en un número suficiente de sujetos, lo cual hace pensar en su pertenencia

a un subtipo concreto. No obstante, quienes utilicen esta clasificación, advierte Chevrie-Muller (2001), no deben extrañarse si la observación de ciertos niños no encuadra exactamente en un determinado subgrupo, porque haya síntomas que sobran o que faltan.

La clasificación de Rapin y Allen, que evidencia unos límites difusos entre los diversos subtipos (cuyos síntomas pueden entremezclarse, aunque difícilmente se puede hallar un niño que reúna todos los síntomas y mucho menos aún que los sufra con la misma frecuencia e intensidad), es la siguiente:

Trastornos de la vertiente expresiva

Trastorno de la Programación Fonológica	Cierta fluidez de producción y articulación confusa (enunciados poco inteligibles) Mejoría de la calidad articulatoria en tareas de repetición de elementos aislados (sílabas, etc.) Comprensión normal o casi normal
Dispraxia Verbal	Incapacidad de emisión Grave afectación de la articulación (hasta ausencia completa de habla) Enunciados de 1 ó 2 palabras, que no mejoran en su realización articulatoria en tareas de repetición Comprensión normal o cercana a lo normal

Trastornos de comprensión y expresión

Trastorno Fonológico-Sintáctico	Déficit mixto receptivo-expresivo Fluidez verbal alterada Articulación de habla perturbada Sintaxis deficiente: frases cortas, omisión de nexos y marcadores morfológicos, laboriosa formación secuencial de enunciados (frases ordenadas según el movimiento del pensamiento que las suscita) Mejor comprensión que expresión Variables de dificultad de comprensión: longitud del enunciado, complejidad estructural del enunciado, ambigüedad semántica, contextualización del enunciado, rapidez verbal
Agnosia Auditivo-Verbal	Sordera verbal Fluidez verbal alterada Comprensión del lenguaje oral severamente afectada o ausente Expresión ausente o limitada a palabras sueltas Articulación gravemente alterada Comprensión normal de gestos

Trastornos del proceso central de tratamiento y de la formulación

Trastorno Léxico-Sintáctico	Habla fluente con pseudotartamudeo ocasional por problemas de evocación Articulación normal o con ligeras dificultades Jerga fluente (en el niño pequeño) Sintaxis perturbada: formulación compleja dificultosa, interrupciones, perífrasis y reformulaciones, orden secuencial dificultoso, utilización incorrecta de marcadores morfológicos, frecuentes "muletillas" Comprensión normal de palabras sueltas Deficiente comprensión de enunciados
Trastorno Semántico-Pragmático	Desarrollo inicial del lenguaje más o menos normal Articulación normal o con ligeras dificultades Habla fluente, a menudo logorreica; puede emitir frases aprendidas de memoria Enunciados bien estructurados gramaticalmente Grandes dificultades de comprensión; puede haber una comprensión literal y no responder más que a una o dos palabras del enunciado del interlocutor Falta de adaptación del lenguaje al entorno interactivo: deficientes ajustes pragmáticos a la situación y al interlocutor, coherencia temática inestable, probable ecolalia o perseverancia

1.1.1.1. Trastornos de programación fonológica y fonológico-sintáctica

Serían las formas clínicas más frecuentes. Desde esta perspectiva, el TEL es esencialmente un trastorno que afecta a la forma del lenguaje: fonología y sintaxis. En efecto, algunos estudios han hallado mayor número de errores semánticos en tareas de denominación de imágenes, así como más errores fonológicos en narraciones (McGregor, 1997). En estos casos, los niños muestran dificultades para retener las secuencias de sonidos que constituyen los enunciados, por limitaciones en la memoria fonológica de trabajo. Las dificultades fonológicas se aprecian en los procesos de simplificación fonemática: sustitución de sonidos palatales o velares por otros con un punto de articulación anterior, sustitución de fricativas por oclusivas, omisión de algunos sonidos, etc. Tampoco son infrecuentes las dificultades para combinar fonemas en palabras y errores de secuenciación, pero es habitual que puedan producir fonemas aisladamente (Castaño, 2002). Estos niños no pueden ordenar de forma regular los fonemas que configuran una palabra, originándose una disfunción sonora resultante de su dificultad para percibir (Aguado, 1999). También se ha comprobado que el procesamiento fonológico en forma secuencial y rápida (pasaje consonante-vocal) se altera en niños disfásicos y disléxicos (Tallal y Piercy, 1987).

En el trastorno fonológico-sintáctico la disfunción oromotora es un signo concomitante (Rapin y Allen, 1983). También se aprecia una sintaxis inadecuada (sustitución de las formas plurales por las singulares, de las formas pasadas por las presentes, la omisión de morfemas de plural, el mal uso de la concordancia entre el nombre y el adjetivo, un repertorio reducido de oraciones, en el que predominan las simples, errores en la concordancia determinantes-sustantivos y sujeto-verbo). En estos casos, se aprecian dificultades para construir la plantilla fonológica del mensaje verbal, en la que se requiere una adecuada secuenciación e inhibición de emisiones incorrectas (corteza frontal) (Castaño, 2003). Quizás el fracaso en el uso correcto de las reglas morfológicas y sintácticas, junto con los déficits fonológicos sea lo más característico de los niños con TEL (Aguado, 1999). Pero, en general, el pronóstico es favorable y la mayoría de los niños consiguen hablar antes de llegar a la edad escolar, aunque persistan dificultades articulatorias, de evocación de la palabra y en la lectoescritura (Castaño, 2002).

1.1.1.2. Dispraxia verbal

El lenguaje de los niños que se incluyen en este subgrupo se caracteriza por presentar problemas de tipo fonológico y articulatorio, además de una escasa fluidez discursiva y un considerable esfuerzo al hablar. Por el contrario, la comprensión está bastante normalizada, es decir, no está afectada la vertiente receptiva del lenguaje. Los niños poseen una aceptable motricidad bucolingual, porque las dificultades expresivas son previas a la ejecución motora y no están vinculadas con alteraciones de tipo disártrico, en las que la afectación de los nervios craneales o de los centros nerviosos cerebrales limita la motricidad de los órganos bucofonadores. Según Castaño (2003), en este subtipo, se afectan los procesos de montaje de las piezas fonéticas a partir del plan fonológico y de la selección de los patrones motores y temporales (cortezas frontal e insular). Aunque su pronunciación no mejora con la repetición, poseen una comprensión normal o cercana a lo normal (Castaño, 2002). En general, los niños con este subtipo muestran dificultades en la programación de movimientos que no pueden ser explicados en términos de debilidad muscular o pérdida sensorial. Los niños pueden imitar los movimientos individuales o los sonidos del habla, pero no son capaces de producir secuencias más largas (Parisse y Maillart, 2009).

1.1.1.3. Agnosia auditivo-verbal

Los niños pertenecientes a este subtipo poseen una comprensión deficitaria, muy limitada o incluso nula. Tienen dificultades para discriminar los alófonos de un fonema y perciben el lenguaje como una amalgama confusa de sonidos que se repite sin que sean capaces de aislarlos ni diferenciarlos. Esta confusión de sonidos les impide formar representacio-

nes mentales de las palabras, lo que condiciona sus posibilidades expresivas, al carecer de secuencias representadas de sonidos que se refieren a objetos o acontecimientos de la realidad. Es un tipo de TEL infrecuente.

Tallal y Piercy (1987) admiten problemas en el procesamiento auditivo rápido, y en su capacidad para poder discriminar entre estímulos simultáneos o secuenciales. Para Castaño (2003), los niños con *agnosia auditiva verbal* muestran problemas en la descodificación de los sonidos de la lengua por fallos en el análisis acústico fonético y fonológico, circunstancia que les impide el acceso a las representaciones mentales de sonidos y, por ende, a sus significados (corteza auditiva secundaria área de Wernicke).

1.1.1.4. Trastorno léxico-sintáctico

Los niños encuadrados en este subgrupo ostentan normalidad en habilidades fonológicas y articulatorias, aunque su sintaxis pueda calificarse de inmadura para su edad. También manifiestan dificultades en la selección de los elementos léxicos, necesarios para construir el mensaje, y alteraciones morfológicas y en la evocación de palabras. Precisamente el TEL deriva de una dificultad para retener y recuperar las representaciones de palabras, probablemente por un funcionamiento deficitario de la memoria fonológica de trabajo (Montgomery, 2002) y por dificultades para asociar a un determinado significante un significado concreto (Bishop, 1997). Estos niños poseen un vocabulario reducido, especialmente en el uso de las denominadas palabras-función (preposiciones, conjunciones, etc.) por su menor relevancia perceptiva.

1.1.1.5. Trastorno semántico-pragmático

Frecuentemente los niños con TEL han mostrado dificultades léxicas, aunque Rapin y Allen señalan que los problemas lingüísticos de los niños con este trastorno no siempre se identifican como característicos de un TEL. En el lenguaje de estos niños se aprecia déficits en la comprensión de reglas que rigen los intercambios comunicativos, así como una comprensión literal de los mensajes y cierta imposibilidad para identificar las intenciones de los hablantes y respetar los turnos de palabra. Sus enunciados son frecuentemente inapropiados y no pueden explicarse en términos lingüísticos, sino más bien por dificultades para adivinar las necesidades e intenciones de sus interlocutores. Pueden presentar también un lenguaje ecolálico y perseveraciones, y sobre todo problemas para utilizar un lenguaje apropiado en un contexto dado. En todo caso, las escasas habilidades comunicativas de los niños con TEL se han puesto de manifiesto en algunos estudios (Hadley y Rice, 1991; Epstein y Phillips, 2009). En general, su lenguaje se limita a frases simples y concretas, con gran dificultad para interpretar tiempos condicionales y formas gramaticales más complejas (Bishop y Adams, 1989).

1.1.2. La propuesta de Conti-Ramsden

La clasificación de Conti-Ramsden (2000) no difiere significativamente de la de Rapin y Allen (1987). Mantiene los dos subtipos generales de TEL: *expresivo* y *mixto* o *receptivo-expresivo*, considerados como las dos formas clínicas más típicas en el TEL (Leonard, 1998), pero omite la agnosia auditivo-verbal y la dispraxia verbal, porque la gravedad de ambos trastornos y la implicación en ellos de procesos de bajo nivel relacionados con la audición y con la ejecución motora del habla, respectivamente, los hace difícilmente incluibles en un trastorno de lenguaje que, por definición, se da en ausencia de limitaciones perceptivas y motoras. La autora añade a estos dos subtipos un tercero: *trastorno complejo del lenguaje*, en el que describe las conductas lingüísticas y comunicativas de los niños con limitaciones pragmáticas, y que, por tanto, es más restrictivo que el de la clasificación de Rapin y Allen, ya que no contiene los trastornos de la formulación. Veamos:

Trastorno expresivo del lenguaje (TEL-E)

Subgrupo Expresivo (formulación semántica y sintáctica)	Vocabulario limitado y dificultades para memorizar palabras Errores en los morfemas verbales Limitación en la producción de enunciados con una longitud y con una complejidad propias del nivel evolutivo del niño Dificultades en la programación fonológica

Trastorno receptivo-expresivo del lenguaje (TEL-RE)

Subgrupo Fonológico-Sintáctico:	Características similares a las del trastorno del mismo nombre de la clasificación de Rapin y Allen
Trastorno Gramatical	Dificultades específicamente gramaticales Déficit específico de las representaciones de las relaciones de dependencia (anáforas, concordancia, relaciones de roles temáticos y roles sintácticos en pasivas reversibles e irreversibles) Utilización de claves no sintácticas para interpretar el significado de las oraciones

Trastorno complejo del lenguaje (TEL-C)

Trastorno Pragmático "puro"	Trastorno puramente lingüístico Características similares a las del trastorno semántico-pragmático de la clasificación de Rapin y Allen

Trastorno Pragmático "plus"	A las características del trastorno pragmático "puro" o tipo lingüístico se asocian déficits característicos del espectro autista Déficits de habilidades comunicativas básicas

Según Aguado (2006), esta clasificación exige dos precisiones de interés: 1) cuando la autora contempla la existencia de un trastorno de tipo gramatical lo hace desde una perspectiva modularista del lenguaje, aunque las últimas investigaciones, especialmente las que comparan el TEL en diversas lenguas, ponen de manifiesto la dificultad de admitir la existencia de un subgrupo de TEL específicamente gramatical; 2) la perspectiva modularista del lenguaje tampoco ofrece bases firmes para dar cuenta de los fenómenos normales del lenguaje ni de las conductas reales que se observan en los hablantes con y sin dificultades lingüísticas. Por otro lado, el trastorno expresivo es descrito en esta clasificación como una limitación en la producción léxica y sintáctica, y no únicamente fonológica.

1.1.3. La propuesta de Wilson y Risucci

La clasificación de Wilson y Risucci (1986), de carácter cuantitativo, descansa en el análisis estadístico multivariante de bases de datos psicométricos de grupos de sujetos patológicos previamente delimitados. Los autores, aplicando un modelo de tipo neuropsicológico a una muestra de 93 niños de 3 a 5 años con TEL, han identificado ocho grupos de sujetos.

La clasificación experimental de Wilson y Risucci (1986) es la siguiente:

1. Trastorno de la comprensión (componente semántica auditiva).
2. Trastorno de la comprensión (componente semántica auditivo-visual).
3. Trastorno de la comprensión (componente semántica-auditivo) más trastorno de la memoria visual y auditiva a corto plazo.
4. Trastorno expresivo y/o receptivo.
5. Trastorno global.
6. Trastorno de la memoria auditiva más trastorno de la evocación de términos.
7. Trastorno de la expresión.
8. Ningún déficit neuropsicológico asociado.

Las clasificaciones cuantitativas (experimentales) dependen, por tanto, de la elección que el clínico ha realizado acerca de los test a incluir en la base de datos, así como de los criterios de inclusión adoptados para delimitar la muestra de los sujetos.

1.2. Génesis y pronóstico

La investigación ha puesto de manifiesto que entre un 10% y un 14% de los niños de 2 años con inicio tardío de lenguaje desarrollan un TEL. Si la intensidad del retraso inicial permite predecir el alcance del trastorno, la ausencia de un entorno lingüístico adverso es un factor determinante que augura un esperanzador pronóstico en niños con un inicio tardío del lenguaje (Paul, 1993; Rescorla y Roberts, 2002). Se podría decir que el inicio tardío y el TEL forman un *continuum* que adopta la forma de una distribución normal (Rescorla y Roberts, 2002). En este sentido, las actuaciones preventivas y compensadoras se postulan como acciones especialmente eficaces para aminorar las probabilidades de riesgo, habida cuenta de que la intervención rehabilitadora sólo ha demostrado su eficacia en un 11,5% de los casos (Conti-Ramsden, 2002).

Diferentes explicaciones parecen sustentar la génesis del trastorno (Bishop, 1992; Monfort y Juárez, 1993; Acosta y Moreno, 1999; Aguado, 1999, 2006; Chevrie-Muller, 2001): a) la que apela a la perspectiva modularista del lenguaje; b) la que invoca las limitaciones de procesamiento lingüístico de los niños; c) la que vincula el trastorno con factores genéticos.

1.2.1. Perspectiva modularista del lenguaje

Desde este enfoque, siguiendo a Aguado (1999), los niños con TEL muestran algún déficit en el conocimiento gramatical del lenguaje, sin que la capacidad de procesamiento esté afectada. Se admite que el lenguaje goza de autonomía con respecto a otras funciones psicológicas, es específico de la especie humana (innatismo) y su deterioro es selectivo y específico (pueden estar afectados componentes aislados del módulo). Aguado (2006), no obstante, rechaza la hipótesis modularista para explicar el TEL; además, bastantes de las dificultades que se han investigado desde esta perspectiva pueden ser explicadas por déficits en procesos de bajo nivel (perceptivos, memoria fonológica, etc.).

1.2.2. Limitaciones del procesamiento lingüístico

Es la explicación más convincente. Algunos autores lo achacan a un procesamiento más general o limitación de esa capacidad (Ellis, Evans y Hesketh, 1999; Leonard et al., 2007). En estos casos, el TEL deriva de la capacidad limitada del niño para realizar varias operaciones de forma simultánea. En efecto, cuando se pretende emitir un mensaje, el hablante debe elaborar la idea, seleccionar el léxico y la estructura sintáctica pertinente, teniendo en cuenta el nivel de lenguaje de su interlocutor para hacer eficaz su mensaje y construir la plantilla fonológica en la que

incluya los sonidos necesarios que representen el mensaje que se desea transmitir. En estos procesos (someramente enunciados) colaboran una serie de representaciones de varios niveles de complejidad y de conciencia: desde procesos conscientes, lentos, para representarse los conocimientos que el otro tiene acerca del mundo y del contenido del mensaje que se va a emitir, hasta procesos inconscientes, muy rápidos, para apretar con más fuerza los labios si se va a articular el fonema /k/ y con menos fuerza si el sonido que se va a producir es [g].

Desde esta perspectiva, los niños con TEL carecen de la capacidad suficiente para activar todas estas operaciones en el tiempo deseado, de tal manera que el excesivo empleo de recursos cognitivos y lingüísticos en los primeros procesos hace que no se dispongan de suficientes recursos para los últimos. El resultado es la presencia de dificultades en la programación fonológica, por ejemplo. La mayoría de los estudios que avalan este enfoque ponen el acento en limitaciones del procesamiento lingüístico en los procesos de bajo nivel. En este sentido, algunos trabajos han puesto de manifiesto que los niños con TEL están menos capacitados para identificar los segmentos breves del lenguaje (fonemas) y, por lo tanto, tienen dificultades para construir las representaciones fonológicas de las palabras, lo que les lleva a un menor desarrollo del vocabulario y a las consecuencias ya señaladas sobre la sintaxis (Tallal, 2000).

Sin embargo, no resulta fácil trasladar estas explicaciones al trastorno complejo del lenguaje (semántico-pragmático), el cual afecta no a la forma del lenguaje sino al contenido (nivel semántico) y al uso (nivel pragmático). Por tanto, las dificultades no son fonológicas ni sintácticas, sino de comprensión, de ajuste a los estados mentales (intención, expectativas, etc.) del interlocutor.

1.2.3. Perspectiva genética

Algunos estudios reportan datos que achacan la aparición de los TEL a factores genéticos (Van der Lely y Stollwerk, 1996). Estos niños tienen mayor probabilidad de tener parientes de primer grado con trastornos del lenguaje o aprendizaje (Tallal, Ross y Curtiss, 1989; Lahey y Edwards, 1995). El hallazgo en una misma familia de numerosos miembros con trastorno en el desarrollo del lenguaje y una mayor prevalencia en varones avalan esta hipótesis (Gopnik y Crago, 1994; Parisse y Maillart, 2009). No conviene desdeñar, por tanto, los datos que admiten el carácter hereditario en los TEL. Bishop (1992) encontró que de las parejas de gemelos mono y dicigóticos estudiadas, en las que uno de los miembros tenía un TEL, el otro miembro estaba afectado también de TEL en un 85% en las parejas monocigóticas y en un 49% en las dicigóticas. Otros estudios también encontraron mayor riesgo de trastornos de lenguaje en niños con antecedentes familiares (Tomblin, 1989) y en mellizos mo-

nocigóticos (Bishop, North y Donlan, 1995; Tomblin y Buckwalter, 1998). Asimismo, Aguado (2006) sostiene que en la descripción de niños con TEL estudiados se muestra una mayor probabilidad de que se transmitan trastornos fonológicos, déficit de vocabulario expresivo, de razonamiento verbal y morfológico. Además, siendo la repetición de pseudopalabras una buena tarea para conocer el carácter hereditario del TEL, serán los déficits en procesos relacionados con la memoria fonológica de trabajo los que probablemente se transmitan genéticamente.

1.2.4. Pronóstico de los TEL

Algunos estudios han calificado de incierto el pronóstico de los TEL, admitiendo que puede llegar a ser desfavorable a veces hasta en el 60% de los casos, en los que se puede apreciar dificultades escolares y trastornos conductuales importantes (Aram et al., 1984). Bishop y Adams (1990), sin embargo, admiten resultados mucho más alentadores en la evaluación final realizada a una muestra de 87 niños de 4 años. Los autores prevén un pronóstico favorable en los niños que presentan un trastorno fonológico aislado o una afectación discreta de un reducido número de funciones lingüísticas. No obstante, aceptan un pronóstico desfavorable en los casos en que existe un trastorno de lenguaje severo y global, que afecta la comprensión e implica déficits perceptivo-motores extralingüísticos.

Los estudios realizados para evaluar el pronóstico de los TEL tienen, según Chevrie-Muller (2001), consecuencias clínicas y teóricas. Desde el punto de vista clínico, los padres de niños con TEL suelen reiterar la siguiente cuestión ¿mi hijo hablará algún día con normalidad? A continuación se sucederán las preguntas relacionadas con las repercusiones que los retrasos del lenguaje tienen en la escolaridad de los niños. Desde el punto de vista teórico, la persistencia del trastorno con el paso del tiempo parece indicar la existencia de un déficit en las estructuras anatomofuncionales neurológicas indispensables para la conquista del lenguaje, o al menos algunos de sus "módulos".

2. Trastornos específicos del lenguaje y retrasos simples del lenguaje

Los Trastornos Específicos del Lenguaje (TEL) y los Retrasos Simples del Lenguaje (RSL) constituyen categorías vinculadas tradicionalmente con lo que se ha denominado "retrasos del lenguaje", en tanto que etiqueta diagnóstica genérica que incluía a un grupo muy heterogéneo de sujetos que exhibía desde retrasos leves del lenguaje hasta las denominadas afasias infantiles, además de las disfasias o TEL. Cuando se hablaba de "retrasos del lenguaje", se aludía a aquellos retardos en

la adquisición y/o desarrollo del lenguaje, que no eran explicables por déficits intelectuales, sensoriales o motrices. Si bien en todos ellos se constataban desviaciones más o menos significativas de la *norma lingüística*, diferentes denominaciones para identificarlos y presencia de fronteras muy difusas, que en numerosas ocasiones hacían muy difícil establecer si se trataba de trastornos diferentes o de un único trastorno que presentaba grados de severidad diferenciada.

No obstante, la revisión de la literatura permite oponer frente a los retrasos de lenguaje con predicción menos favorable (TEL), otro tipo de retardos del lenguaje cuyo pronóstico es más optimista entre los 3 y los 6 años de edad. A este tipo de trastorno se le denomina retraso simple de lenguaje (RSL), que, en realidad, puede ser asimilado a un retraso del habla, en el que se aprecian dificultades en la realización fonética (articulación) y ciertos déficits fonológico-sintácticos. El RSL es el que posee una mayor prevalencia en la edad infantil e indica que el proceso de adquisición y desarrollo del lenguaje en el niño no sigue la secuencia evolutiva estándar, ostentando algunos rasgos distintivos precisos (Cfr. Tabla 6.2).

Tabla 6.2. Retraso Simple del Lenguaje (Gallego y Rodríguez, 2005, 16)

ÁMBITO	DISFUNCIONES O RETRASOS
Nivel Fonológico	– Tendencia a omitir la segunda consonante de sílabas complejas directas, de la categoría Consonante + Vocal + Consonante (reduciéndose, por tanto, a Consonante + Vocal), e inversas, del tipo Consonante + Consonante + Vocal (reduciéndose a Consonante + Vocal). – Reducción de los diptongos vocálicos.
Nivel Morfosintáctico	– Retraso en la emisión de las primeras palabras y manifestaciones guturales hasta los dos años. – La unión de dos palabras se retrasa hasta los tres años. – Uso excesivo de frases simples, en perjuicio de oraciones compuestas por yuxtaposición, coordinación o subordinación, de mayor complejidad sintáctica. – Empleo de palabras yuxtapuestas sin el consecuente uso de los nexos oportunos. – Lenguaje telegráfico, sin el empleo pertinente de artículos y marcadores de posesión. – Retraso notable, hasta los cuatro años, en el uso adecuado de los pronombres, especialmente el pronombre personal "yo". – Dificultades en la utilización de artículos, pronombres, plurales y posibles alteraciones en la conjugación de algunos tiempos verbales. – Construcción de frases sintácticamente incorrectas o desestructuradas. – Compensación gestual para paliar los errores de su expresión y garantizar la comprensión del receptor.
Nivel Semántico	– Aparentemente normal, si bien la actualización lingüística de contenidos cognitivos puede ser ligeramente escasa. – Vocabulario ligeramente reducido, a veces.
Nivel Pragmático	– Lenguaje útil y funcional aparentemente normal. Sólo se han apreciado disfunciones en la repetición de determinadas palabras o frases que no tienen integradas o bien carecen de significado (pseudopalabras).

El RSL es, para Conde et al. (2009, 33), un concepto asimilado a la forma clínica "trastorno de programación fonológica" de los TEL (CIE 10: (F80.1),

y anuncia una falta de desarrollo del lenguaje a la edad en que normalmente se presenta. Esta falta de desarrollo también conceptualiza la permanencia de patrones lingüísticos de niños de menor edad a la programación fonológica que realmente corresponde. En los casos habituales (retraso 'simple'), el desfase cronológico del desarrollo se reduce, progresivamente, con el tiempo. Aunque son escasos los estudios con muestras de niños que presentan estas características, se han descrito problemas en la coordinación y precisión, en la copia de dibujos, en la integración de la lateralidad y en el esquema corporal, lo que puede generar dificultades en el aprendizaje lectoescritor (Moreno et al., 2004).

El TEL, como ya se ha dicho, es un término genérico que incluye a todos aquellos niños que exhiben un desarrollo del lenguaje ralentizado o un inicio retrasado del mismo, que no puede ser explicado en términos de déficit sensorial (auditivo) o motor, discapacidad mental o trastorno psicopatológico, privación socioafectiva o disfunción cerebral evidente (Chevrie-Muller, 2001). Se trata de un trastorno heterogéneo que incluye variedad de formas clínicas y cuyas manifestaciones más típicas se recogen en la Tabla 6.3.

Tabla 6.3. Trastorno Específico del Lenguaje (Gallego y Rodríguez, 2005, 19)

ÁMBITO	DISFUNCIONES O RETRASOS
Nivel Fonológico	– Reducción del sistema fonológico consonántico, en especial de consonantes fricativas, como la /f/ o la /x/. – Distorsiones fonéticas, especialmente en las consonantes, y/o fonológicas. – Habla infantilizada.
Nivel Morfosintáctico	– Emisiones telegráficas e incluso holofrásticas. – Ausencia excesiva de nexos y morfemas necesarios. – Proliferación de frases cortas de baja complejidad sintáctica. – Uso deformado u omitido de los plurales. – Escaso uso de los pronombres demostrativos y posesivos. – Empleo reducido u omisión de las preposiciones. – Escasa utilización de la coordinación para construir frases compuestas. – Ausencia de subordinación y de formas sintácticas complejas en la construcción de oraciones compuestas. – Alteración de la estructura canónica de la frase. – Locuciones automáticas. – Retraso y dificultad en la emisión de ciertas palabras. – Retraso, dificultad y disfunciones en la unión de dos palabras. – Empleo deficiente de las categorías verbales. – Dificultades en la adquisición de morfemas verbales. – Agramatismo u omisión de palabras necesarias.
Nivel Semántico	– Vocabulario reducido e impreciso. – Desconocimiento del significado de nombres y conceptos, incluso de uso común. – Todo ello debido a la dificultad que muestran para aprender vocabulario. – Alteraciones en la comprensión del lenguaje.
Nivel Pragmático	– Las frecuentes disfunciones y la falta de madurez lingüística impiden o dificultan el uso del propio lenguaje. – Dificultad para reproducir más de dos palabras carentes de significado (disnomia). – Cierta incapacidad en la repetición de frases y en el recuerdo de enunciados largos. – Pobre intencionalidad comunicativa.

Se ha de insistir, no obstante, que si el RSL simboliza una patología del lenguaje transitoria, habida cuenta de su pronóstico favorable, el TEL representa una perturbación lingüística más duradera, dada la afectación que presentan todos los componentes y dimensiones del lenguaje. Por tanto, TEL y RSL difieren en cuanto a la permanencia o persistencia, pronóstico, desfase lingüístico que les caracteriza, respuesta a la intervención y probabilidad para asociarse a otras manifestaciones colaterales no lingüísticas (dificultad en la estructuración espacial y temporal, trastornos del ritmo, dificultades psicomotoras, alteraciones afectivas y cierto desfase temporal en el razonamiento lógico y en la capacidad de abstracción).

3. Evaluación de los TEL

Si el lenguaje es el resultado de un amplio conjunto de habilidades que no son necesariamente específicas de éste y que interactúan entre sí como un *todo*, su análisis no puede obviar esta circunstancia. En efecto, la naturaleza del lenguaje reclama una evaluación global en la que se analice tanto la vertiente receptiva y productiva del lenguaje como los distintos aspectos y componentes del mismo (fonológico, léxico, morfosintáctico, semántico y pragmático) para establecer el perfil psicolingüístico de un niño. Esto exige actuaciones colaborativas muy cohesionadas entre los profesionales (logopedas, profesores y psicopedagogos –sin olvidar las aportaciones de la familia–) para: a) identificar las disfunciones; b) valorar acertadamente el trastorno, según el contexto; c) vaticinar las pautas para una intervención eficaz. El objetivo último es obtener una descripción pormenorizada de las peculiaridades del lenguaje del niño, para planificar una intervención que facilite su incorporación al aula ordinaria, teniendo en cuenta que las soluciones más satisfactorias se instauran en el marco de la integración escolar (Chevrie-Muller, 2001). Tampoco se ha de ignorar que, junto con las dificultades de lenguaje, los niños con TEL también pueden experimentar problemas académicos, de adaptación social y de conducta, que conviene conocer (Fey, Catts y Larrivee, 1995), así como algún tipo de deterioro cognitivo o psicomotor.

3.1. ¿Cómo evaluar?

Cuanto mejor sea la comprensión del TEL más probabilidades habrá de desarrollar métodos de evaluación específicos y adecuados, y técnicas de tratamiento e intervención más precisas (Leonard, 1998). La evaluación del lenguaje exige una posición equidistante entre el uso de pruebas

estandarizadas y la utilización de procedimientos no normativos. Aunque no exentas de inconvenientes, las pruebas estandarizadas poseen la legitimidad que les otorga el hecho de poder determinar dónde está un sujeto dentro de un rango típico de una conducta en condiciones preestablecidas, lo cual no invalida la pertinencia de las pruebas no estandarizadas por su extraordinaria utilidad para evaluar la capacidad lingüística de un hablante; pruebas que no pretenden comparar las habilidades comunicativas de un sujeto con otros de su misma edad sino descubrir y describir cuál es el potencial comunicativo de un hablante en contextos y situaciones diferenciadas. No se trata, por tanto, de procedimientos excluyentes sino de acciones absolutamente complementarias, especialmente aconsejables en la evaluación de los TEL. De ahí la apuesta por un modelo holístico de evaluación del potencial comunicativo del niño en el que conjugar el uso de pruebas normativas (estáticas) y pruebas flexibles (no estandarizadas) es más que aconsejable.

En efecto, frente a las estrategias de evaluación más tradicionales, de carácter estático, en las que se busca conocer lo que el niño sabe y comparar esos resultados con un grupo-modelo, se sugiere, de acuerdo con las tendencias más actuales, la necesidad de utilizar enfoques individuales de evaluación más flexibles, afanados en explorar el potencial comunicativo del alumno, como por ejemplo la observación naturalista, la evaluación ecológica, la provocación de tareas y la evaluación dinámica (Snell, 2002; Owens, 2004, Snell y Loncke, 2006). La eficacia de estos enfoques se incrementa cuando los miembros del equipo evaluador obtienen información de la persona evaluada mediante entrevistas a las personas de su entorno (Snell, 2006). En este sentido, teniendo en cuenta las aportaciones de diferentes autores, se ha concretado el proceso evaluador en los siguientes pasos (Cfr. Figura 6.1):

Figura 6.1. Modelo holístico de evaluación



3.1.1. Los procedimientos flexibles no estandarizados

El deseo constante de analizar el lenguaje en el contexto en el que se produce vinculándolo con las características socioculturales de cada hablante ha hecho que paulatinamente se haya ido pensando en la necesidad de evaluar el lenguaje de una forma global y en situaciones naturales de comunicación, para obtener datos del potencial comunicativo y lingüístico de una persona en un proceso real de intercambio. A este efecto, los procedimientos flexibles no estandarizados son pruebas apropiadas para describir lo que hacen los niños cuando interactúan con sus interlocutores, al no ocuparse en comparar los resultados obtenidos con el grupo-modelo de referencia y preocuparse por explorar su potencial comunicativo y lingüístico en base a ciertos apoyos. Entre los procedimientos flexibles, centrados en el niño, que otorgan libertad para analizar con todo detalle un comportamiento comunicativo, se señalan:

1. Entrevistas a personas del entorno

Las entrevistas constituyen un primer paso esencial en el proceso evaluador para recopilar datos sobre aspectos y circunstancias relevantes del perfil comunicativo del niño y otras cuestiones de interés. El objetivo de las entrevistas es entender el sistema comunicativo que emplea el niño al relacionarse con los demás, con el fin de comprender las circunstancias que conducen al éxito y las situaciones que abocan al fracaso. Es importante que el entrevistador adopte una actitud positiva enfatizando cómo se establece la comunicación y las estrategias que tanto el niño como los interlocutores emplean durante la interacción. De forma especial interesa, además de los datos personales del niño, conocer sus habilidades de comunicación (formas para indicar peticiones, necesidades, emociones específicas, comunicación no verbal, intencionalidad...) y las estrategias comunicativas de sus interlocutores (funciones, formas y estilos comunicativos...), así como los efectos comunicativos sobre el entorno (contextos del entorno, organización...).

2. Observación de las habilidades comunicativas

En segundo lugar, se analiza la información obtenida para planificar la observación, una vez que se conoce, en términos generales, cuál es el sistema de comunicación del niño. Se trata de tomar decisiones acerca de las situaciones, horas y ubicaciones más aptas para obtener secuencias significativas de comunicación. Se ha de advertir que observar en más de un contexto aumenta las oportunidades para confirmar o cuestionar la idoneidad de las habilidades comunicativas observadas. A través de la observación sistemática, es posible registrar las conductas lingüísticas y no verbales del niño en los contextos en los que se realizan, así como las ayudas que se le proporcionan y sus efectos en la comunicación. Una evaluación puramente lingüística no parece ser la solución. Es importante que la observación adquiera un carácter

cualitativo y explicativo, y que incluya aspectos verbales, no verbales y contextuales. Siguiendo a Tough (1987) se propone la siguiente ficha de observación para registrar datos (Cfr. Tabla 6.4).

Tabla 6.4. Ficha de observación

Sara. 12 de enero de 2011						
Hora de observación	9,30	10	10.30	11	11.30	12
Participación en actividades de aula Se mantiene aislada sin hacer nada Está absorta en la actividad que realiza Está atenta a lo que hacen los demás Participa como una más del grupo						
Participación en actividades del centro Siempre se mantiene aislada Se acerca a determinados compañeros Participa con determinados compañeros Siempre participa cuando el grupo es: a) Grande b) Pequeño						
Conversación con sus iguales No habla Escucha a otros, pero no habla Habla en contadas ocasiones Inicia algunas conversaciones Cuando habla comete errores: a) De tipo fonético/fonológico b) De tipo morfosintáctico c) De tipo léxico Carece de un uso social del lenguaje						
Conversación con adultos Inicia una conversación Mantiene un diálogo Responde a las demandas del adulto Colabora cuando está con la profesora en un grupo						
Principales características de su conducta						
Resumen (incluyendo los posibles errores fonológico/fonéticos, morfosintácticos, semánticos, pragmáticos)						

3. Tareas específicas de evaluación

Se trata de un procedimiento que se desarrolla con especial control por parte del equipo evaluador. Dicho procedimiento admite dos realizaciones complementarias (Forns, 1989): 1) la *imitación provocada* (lenguaje repetido), que consiste en solicitar al niño la repetición de una serie de palabras o frases, emitidas previamente, para determinar sus habilidades en cuanto a la atención, capacidad de retentiva y memoria auditiva; 2) La *producción verbal provocada* (lenguaje dirigido), que permite el análisis

de las habilidades lingüísticas del niño a partir de las consignas impuestas por el evaluador, tanto en la elaboración y transmisión de mensajes como en la recepción y comprensión de los mismos. Se pueden obtener datos relevantes recurriendo a dos tipos de medidas específicas: a) de frecuencia, para recabar datos acerca del número de veces –porcentajes– que se repite una conducta bajo unas condiciones estimulantes específicas, lo cual permite evaluar la producción de muchas estructuras lingüísticas; b) de duración, especialmente útiles para evaluar ciertas habilidades en la conversación –atención, contacto visual...–. Es de suma importancia prestar la máxima atención a las producciones del niño para, en el caso de que haya omitido, por ejemplo, el manejo de pronombres, plurales, verbos irregulares, adverbios, etc., estructurar actividades de juego para obtener respuestas en esa dirección y comprobar su nivel de comprensión. No obstante, la evaluación de las observaciones deberá realizarse tanto desde una perspectiva cuantitativa (producto) como cualitativa (proceso). Las estrategias y tareas propuestas por Forns son las siguientes:

1. *Producciones verbales ante estímulos visuales.* Esta estrategia permite elicitar diversas funciones del lenguaje (identificación de conceptos, denominación, comprensión...). Las actividades que se proponen son:
   - *Tareas de evocación de conceptos mediante imágenes.* Se pretende que el niño evoque los conceptos que se expresan en una serie de imágenes, mediante el uso de preguntas representativas: ¿qué es, para qué sirve...?
   - *Tareas de lectura de imágenes.* Se trata de conseguir que el niño explique la escena o historia representada en la lámina, con ayuda de preguntas como ¿qué hace, qué sucederá si...?
   - *Tareas de organización lógico-verbal.* En este caso el niño explica una historia a partir de unas viñetas presentadas de forma ordenada o desordenada.
2. *Producciones verbales ante estímulos orales.* Consiste en analizar la producción verbal realizada por el niño ante consignas orales (sin apoyo visual) dadas por el evaluador. Entre las actividades que se proponen están:
   - *Tareas incluidas en los test cuyo objetivo es el análisis del lenguaje*, como por ejemplo evocar el nombre de objetos dada una categoría o una función, completar frases con lagunas, incitar al diálogo o comprender preguntas problemáticas, con o sin apoyo visual.
   - *Tareas incluidas en las pruebas de inteligencia o razonamiento verbal.* Las actividades más utilizadas son: definir palabras, buscar sinónimos y antónimos, interpretar fábulas o refranes y realizar ejercicios de lógica verbal.

3. *Producciones verbales ante acciones reales.* El uso de esta estrategia demanda al niño la verbalización de las acciones que el evaluador realiza en un momento concreto ante la mirada del propio examinado. Una variante sería la verbalización del niño de su propia actividad o de la de otros compañeros. Se trata de analizar en qué medida la propia verbalización del proceso de resolución de una tarea ayuda al niño a la resolución de la tarea en sí misma.

4. Muestras de lenguaje espontáneo o conversacional

Teniendo en cuenta que el lenguaje espontáneo representa de un modo más fiel cuáles son las habilidades comunicativas y lingüísticas de un niño, lo deseable es registrar, para su análisis, distintos lugares, actividades e interlocutores. Las muestras han de ser representativas del lenguaje del niño (en torno a los 35 ó 40 minutos y de unos 150 enunciados aproximadamente), y tomadas en situaciones de interacción atractivas e interesantes para él. Su análisis debe incluir, de acuerdo con Forns (1989), las informaciones verbales, no verbales y contextuales, y realizarse tanto desde una perspectiva cuantitativa (producto) como cualitativa (proceso). El propósito de estos análisis es cuestionar, confirmar y/o ampliar la información obtenida durante las entrevistas y la realización de las tareas específicas, fundamentalmente en tres ámbitos (Snell y Loncke, 2006): a) habilidades del niño; b) habilidades del interlocutor; c) facilitadores y barreras del entorno. En ocasiones, será necesario solicitar a los interlocutores que no se anticipen a las necesidades del niño y que le den tiempo para iniciar las interacciones, cuyos análisis van a permitir responder a una serie de preguntas que constituyen los elementos sustantivos en la planificación de la evaluación dinámica (Snell, 2002; Snell y Loncke, 2006):

a) *¿Qué actos y funciones de comunicación utilizan?* Con frecuencia los interlocutores pueden ignorar la conducta del niño en algunas situaciones sin percatarse de la potencialidad que atesora ese acto comunicativo. Interesa pronosticar qué nuevas formas de comunicación son posibles para alcanzar mayor éxito.

b) *¿Qué características despliegan el niño y su interlocutor en la interacción?* Se debe conocer quién inicia la comunicación y qué repuesta obtiene del interlocutor para darse cuenta de cuál es el potencial comunicativo del niño.

c) *¿Cuál es la tasa de los actos comunicativos?* Es importante describir la duración de los intercambios, de quién depende principalmente, cuántos turnos se establecen...

d) *¿Qué estrategias utiliza el interlocutor?* Se ha de describir cómo se adapta el interlocutor al niño, qué formatos utiliza, si inhibe o facilita la interacción, si se muestra receptivo o distante... para descubrir qué formas y funciones de comunicación utiliza el niño.

e) *¿Cómo contribuye el entorno a la comunicación?* Analizar el entorno es relevante para apreciar su repercusión en la interacción niño-interlocutor. Los entornos inadecuados (personas, materiales) coartan las posibilidades comunicativas del niño.

f) *¿Es representativa la muestra?* Es necesario seleccionar un número de intercambios de comunicación representativos de las diferentes secuencias para analizar la variedad de actos comunicativos y las funciones utilizadas por el niño, así como las estrategias de comunicación del niño y de su interlocutor.

La evaluación específica de un niño en un muestreo de lenguaje incluye procedimientos tales como (Hegde y Maul, 2006): 1) entrevistar a los padres y otros miembros de la familia para evaluar los antecedentes culturales y lingüísticos del niño; 2) confeccionar una lista de palabras del entorno del niño para evaluar la producción y comprensión de palabras, frases y sonidos; 3) preparar estímulos materiales del entorno para evaluar la producción morfológica y sintáctica; 4) seleccionar historias que reflejen los antecedentes culturales y del hogar familiar para evaluar sus habilidades pragmáticas; 5) obtener muestras del lenguaje en el hogar; 6) gestionar múltiples oportunidades para facilitar el lenguaje del niño con el fin de evaluar sus habilidades.

5. Evaluación dinámica

Diferentes autores han señalado que las pruebas estandarizadas de uso diario pueden ser insuficientes para evaluar con precisión y exhaustividad a los niños, sugiriendo otras evaluaciones más rigurosas y creativas, basadas en procesos, como la evaluación dinámica (ED) a la que se considera mucho más pertinente para evaluar a quienes presentan problemas de aprendizaje y de lenguaje. La ED incluye variedad de métodos cuyo objetivo es analizar el potencial de aprendizaje en vez de un nivel estático de logro (Hasson y Botting, 2010).

La ED se ha utilizado para indagar en el potencial comunicativo de sujetos con escasa o nula habilidad verbal y en aquellos que muestran significativos retrasos del lenguaje y no son fácilmente evaluables a través de las pruebas tradicionales (Snell, 2002). La ED apela a una actuación individualizada y flexible capaz de ajustarse a las necesidades de un hablante, en términos de tareas, materiales, procedimientos y personas. Descansa en los postulados de Vigotsky (1986), según los cuales la evaluación ha de ser capaz de identificar lo que el niño puede hacer de forma autónoma y también lo que es capaz de realizar con ayuda. Se admite que el niño aprende mejor si, al resolver una tarea cuyo nivel de dificultad se sitúa ligeramente por encima de lo que es capaz de hacer de forma autónoma en la denominada Zona de Desarrollo Próximo, se le proporciona una ayuda mediatizada (una instrucción adecuada).

La ED representa una clara alternativa a la evaluación más tradicional, por cuanto lejos de comparar la situación de un sujeto respecto de otros, ante respuestas a cuestionas dadas que olvidan la comunicación espontánea, se preocupa por analizar las potencialidades comunicativas y lingüísticas del evaluado para tratar de averiguar cuáles serían las estrategias más pertinentes para incrementar su capacidad comprensiva y expresiva. La preocupación de la ED es analizar el lenguaje en contextos, situaciones, tareas y con interlocutores diversos para recoger información diversificada y plural, que informe sobre (Snell, 2006, 90):

a) Lo que el niño realiza de forma autónoma y las tareas que requieren andamiaje.
b) Las reacciones del alumno y su capacidad de respuesta ante los apoyos que se le prestan.
c) Las futuras intervenciones.

Los niños con TEL son una población apta para beneficiarse de una evaluación de estas características, ya que ayuda a determinar cuál es el potencial de mejora de un niño y qué elementos se deben incorporar en su programa de intervención. Feuerstein, representante significativo en el campo de la evaluación dinámica, señala que el objetivo de ésta es establecer el grado en que un alumno es capaz de resolver un problema y comprender los principios básicos que rigen su solución (Feuerstein et al., 2002), así como advertir los cambios entre los individuos o realizar un seguimiento de sus avances (Hasson y Botting, 2010). En su teoría de la *modificabilidad cognitiva*, Feuerstein sostiene que el ser humano, siempre receptivo al cambio, posee una estructura cognitiva modificable a pesar de las barreras, y gracias a la intervención de un mediador, el cual se preocupa de dirigir y optimizar el desarrollo de la capacidad intelectual, facilitando los procesos y estrategias del pensamiento que no sólo están implícitos en las actividades escolares sino también en las situaciones de la vida social y familiar del niño.

6. Evaluación orientada a la intervención

Snell y Loncke (2006) sostienen que la ED conlleva la introducción y retirada de apoyo de andamiaje, siendo básico el modelo ensayo-enseñanza-nuevo ensayo. Es decir, el evaluador observa la respuesta sin ayuda que recibe de un niño en la realización de una tarea, entonces le proporciona determinados apoyos y anota los cambios que experimentan las respuestas del niño. Seguidamente, se le re-examina con las mismas tareas para ver qué es lo que ha aprendido. Al constatar durante el proceso evaluador aquellas técnicas que se han mostrado exitosas o que contienen suficiente potencial para contribuir a que el niño alcance el éxito, es posible conjeturar opciones de intervención en términos de prioridad y funcionalidad, en las que se detallen objetivos a corto y a largo plazo, tanto desde el punto de vista familiar como escolar. El fin

último de la ED es comparar el rendimiento de un alumno con ayuda y sin ella para determinar cuál es el apoyo más eficaz y qué situaciones comunicativas son las más eficientes. El potencial comunicativo mejora cuando se utilizan tareas, ayudas y procesos de aprendizaje personalizados, adaptados a las características de cada aprendiz. En todos los casos, es necesario observar no sólo lo que los niños hacen o dicen durante la interacción sino también lo que sus interlocutores expresan o realizan y las respuestas que unos y otros obtienen.

Desde la perspectiva de Feuerstein, se trataría, por tanto, de plantear un problema, identificar los límites que imponen las experiencias individuales en su resolución, encontrar las estrategias pertinentes para el apoyo, averiguar qué necesita la persona para comprender esa problemática y cómo podría aplicar los conocimientos aprendidos a nuevos problemas. Es una interacción altamente cualificada que niega la existencia de condiciones irreversibles, que impidan el aprendizaje de un individuo. El aprendizaje mediado por otro ser humano siempre es posible e indispensable para el niño, puesto que le ayuda a crear aquellos prerrequisitos cognitivos que luego hacen que el aprendizaje directo sea efectivo.

3.1.2. Las pruebas estáticas o test de lenguaje (o de inteligencia con factor verbal)

Pese a sus limitaciones, las pruebas estáticas (Punto 7 del modelo holístico de evaluación, Cfr. Figura 6.1) constituyen un recurso valioso en el proceso evaluador, al ofrecer un perfil determinado del desarrollo de las habilidades lingüísticas de un sujeto en un momento dado, que ayuda en la toma de decisiones educacionales. Entre los test de lenguaje (o de inteligencia con factor verbal), cabe citar, por su relevancia, los siguientes:

- *Prueba de Lenguaje Oral de Navarra –PLON-R–* (Aguinaga, Armentia, Fraile, Olanga y Uriz, 2004). Se trata de una prueba del tipo "screening" o rastrilleo, que valora el desarrollo del lenguaje en los niños de 3 a 6 años en los aspectos de fonología, morfosintaxis, semántica y pragmática.
- *Batería de Lenguaje Objetiva y Criterial –BLOC–* (Puyuelo, Wiig, Renom y Solanas, 1998). Permite evaluar la competencia lingüística, dividiéndola en cuatro módulos genéricos: morfología, sintaxis, semántica y pragmática. Se aplica en un rango de edad que va de los 5 a los 14 años.
- *Exploración del Lenguaje Comprensivo y Expresivo –ELCE–* (López y Redón, 1996). Esta prueba permite evaluar diferentes pro-

cesos relacionados con la comprensión y expresión del lenguaje. Su rango de aplicación es de 2,5 a 9 años. Evalúa aspectos de fonética-fonología, semántica, análisis-síntesis y de pensamiento.

- *Test de Vocabulario en Imágenes de Peabody (PPVT)*. Con esta prueba se puede valorar el reconocimiento de un repertorio restringido de 100 palabras, ordenadas por su dificultad. Utiliza como estímulos láminas que contienen cuatro imágenes para que el niño elija la que se corresponde con la palabra-estímulo. Evalúa vocabulario receptivo y es aplicable a partir de 2 ½ años.
- *Desarrollo de la Sintaxis en el niño –TSA–* (Aguado, 1989). Está diseñada para evaluar la comprensión y la expresión de formas morfosintácticas adquiridas, emergentes o ausentes de los siguientes elementos: interrogación, negación, pasivas, voz reflexiva, artículos, demostrativos, posesivos, extensivos, pronombres-sujeto, pronombres-formas átonas, pronombres interrogativos, pronombres relativos, verbos sufijos de número, verbos-tiempos, oraciones compuestas-nexos, otros tiempos y modos, comparaciones y preposiciones.
- *Test Illinois de Aptitudes Psicolingüísticas de Kirk, McCarthy y Kirk –ITPA–* (Ballesteros y Cordero, 1984). Evalúa las funciones psicolingüísticas implicadas en el proceso de comunicación. Abarca tres procesos (receptivo, asociativo y expresivo), dos canales (auditivo-verbal y visual-motor) y dos niveles de organización (representativo y automático). Tiene un rango de aplicación que va desde los 2,5 a los 10,5 años de edad.
- *La Escala de Inteligencia de Wechsler (WIPSY y WISC)*. Ideada para evaluar la capacidad intelectual general del niño (CI Total) e informar sobre su funcionamiento en las principales áreas específicas de la inteligencia (Compresión verbal, Razonamiento perceptivo, Memoria de trabajo y Velocidad de procesamiento). Su ámbito de aplicación va desde los 6 años hasta los 16 años y 11 meses.

3.2. ¿Qué evaluar?

En ese proceso de toma de decisiones, los contenidos de la evaluación del lenguaje incluyen los mecanismos, componentes y procesos lingüísticos, sin olvidar el importante papel que juegan los procesos cognitivos en la adquisición del mismo, así como los aspectos psicomotrices, socioafectivos y emocionales implicados en el desarrollo de las habilidades comunicativas de los hablantes. Se ha de subrayar, pues, la necesidad de evaluar los diversos aspectos estructurales y funcionales del sistema lingüístico, junto con el análisis de los datos obtenidos en los contextos

de interacción. En este sentido, los aspectos básicos de una evaluación global del lenguaje (contenidos) se incluyen en la Tabla 6.5. Se ha de insistir, no obstante, en que se trata de una evaluación colaborativa (familia, compañeros, profesionales, interlocutores habituales) centrada en el niño, para describir su potencial comunicativo y lingüístico. Para ello se obtendrán datos en diferentes contextos y situaciones de comunicación y con diferentes personas y materiales, cuyos análisis permiten establecer el perfil psicolingüístico de un alumno para diseñar la intervención.

Tabla 6.5. Contenidos de la evaluación del lenguaje

BASES ANATÓMICO-FUNCIONALES DEL LENGUAJE	– Audición. – Aparato fonador (valoración orofacial): * Respiración y soplo. * Motricidad bucofacial. * Voz.
FORMA DEL LENGUAJE	– Componente fonológico/fonético: * Organización del sistema de sonidos. * Tipos de fonemas. * Capacidad articulatoria. * Adquisición del sistema fonológico. – Componente morfosintáctico: * Clases de sintagmas. * Tipos de oraciones. * Modos de conexión. * Inflexiones morfológicas. * Estructura interna de los enunciados. * Sucesión de las oraciones. * Longitud media de los enunciados. * Relaciones semántico-sintácticas.
CONTENIDO DEL LENGUAJE	– Componente semántico: * Léxico, vocabulario. * Significado de la frase. * Relaciones de significación. * Definición de palabras. * Relaciones espaciales.
USO DEL LENGUAJE	– Componente pragmático * Funciones del lenguaje. * Competencia conversacional (inicio, mantenimiento, habilidades narrativas, contacto visual...). * Análisis de contextos. * Actos de habla. * Uso de la prosodia.
PROCESOS DEL LENGUAJE	– Decodificación lingüística (comprensión). – Codificación lingüística (expresión).
OTROS ASPECTOS	– Nivel cognitivo. – Aspectos psicomotrices, socio-afectivos y emocionales. – Elementos de la comunicación no verbal. – Comunicación aumentativa/alternativa.

4. Intervención de los TEL

Evaluación e intervención son fases interdependientes e indisociables de un mismo proceso. Las *intervenciones* son, según Schiefelbusch (1986), sistemas diseñados para ofrecer los contextos, medios y experiencias necesarias para el aprendizaje del lenguaje. La evaluación constituye, no obstante, la primera y última fase del proceso de intervención, el núcleo operativo básico en torno al cual se toman decisiones sobre el qué, el cuándo, el cómo y el para qué de una intervención. Ésta se percibe como un proceso dinámico de naturaleza multidimensional e interactiva que tiene por objeto estimular el desarrollo de la comunicación y el lenguaje del niño, para evitar que se afiancen posibles perturbaciones o rehabilitar las existentes.

4.1. Tipos y principios generales de intervención

En general, es posible identificar dos tipos de intervención:

1. *Preventiva y/o compensadora*, orientada a facilitar los contextos y experiencias ineludibles que facilitan el desarrollo comunicativo y lingüístico de un sujeto, impidiendo que se generen trastornos de lenguaje a edades tempranas, especialmente en aquellos contextos con presumibles condiciones de riesgo personal, familiar o social. Las tareas promocionales, preventivas y estimuladoras son básicas en los primeros años de la infancia. Los ámbitos familiar y escolar son el contexto de la intervención preventiva y/o compensadora.
2. *Rehabilitadora o correctiva*, dirigida a corregir la conducta lingüística "problemática" o perturbada o a implantar las habilidades comunicativas necesarias que permitan al sujeto participar en diferentes contextos de comunicación. Cuanto más tempranamente se inicie esta intervención, mayores probabilidades existen de impedir que los trastornos se agraven. Representa por tanto una valiosa oportunidad para reeducar las habilidades comunicativas y lingüísticas deterioradas.

De otra parte, la bibliografía especializada ha puesto de manifiesto, sin ningún orden jerárquico, una serie de principios de especial relevancia a la hora de intervenir en casos en los que el deterioro del lenguaje es evidente (Monfort y Juárez, 1993; Chevrie-Muller, 2001; Gallego, 1999, 2006):

- *Principio de globalidad*. El lenguaje ha de ser atendido en su conjunto (comprensión y producción), y teniendo en cuenta la relación sistémica y la evidente interdependencia entre los diversos aspectos, dimensiones y componentes del mismo.

- *Principio de precocidad.* La regla de oro para intervenir en un problema de lenguaje es llegar a tiempo. Es decir, tan pronto como se detecte o se sospeche la probabilidad de su aparición (acción preventiva).
- *Principio de colaboración.* Las acciones aisladas no suelen producir cotas importantes de eficacia. Trabajar conjuntamente con otras personas es una forma válida de enfrentarse a una necesidad (lingüística).
- *Principio de individualización.* La intervención debe diseñarse, desarrollarse y evaluarse respetando las necesidades comunicativas y lingüísticas de cada persona. La intervención ha de dirigirse a un niño concreto, teniendo en cuenta que el niño con TEL necesita un mayor número de ocasiones para ejercitarse en las prácticas del lenguaje.
- *Principio de funcionalidad.* El objetivo prioritario de cualquier intervención es alcanzar el máximo desarrollo comunicativo-lingüístico del sujeto.
- *Principio de modularidad.* La interacción de los componentes del lenguaje no excluye la posibilidad de que un sujeto muestre una mayor afectación de alguno de ellos. La intervención debe atender de forma especial, en estos casos, a dicho componente, es decir, cuando la dificultad afecta de forma concreta a un determinado componente del lenguaje, es imprescindible que la intervención se concentre en esta dimensión para evitar que contamine a las demás.
- *Principio de intensidad.* La eficacia de una intervención depende, entre otras cosas, de su propia intensidad y su misma duración. Este principio hace referencia a la pertinencia de una atención inmediata y mantenida, realizada de un modo continuado y libre de interrupciones.

En todos los casos, como han señalado algunos autores (Hegde y Maul, 2006), las estrategias y métodos de tratamiento han de ser eficaces y haber demostrado resultados funcionales, lo cual equivale a decir que es mejor el tratamiento que su ausencia y más aún si propicia nuevos comportamientos de comunicación en entornos naturales. Asimismo, la intervención no puede ser aceptada sobre la base de una evidencia anecdótica sino sobre prácticas basadas en la evidencia.

4.2. Contenidos y estrategias de intervención

El TEL es un trastorno resultante de múltiples déficits subyacentes. Por consiguiente, la diversidad de formas clínicas hace aconsejable una descripción pormenorizada de la conducta lingüística para una mejor com-

prensión de las habilidades comunicativo-lingüísticas de cada niño y una mayor solvencia a la hora de diseñar programas de intervención que satisfagan sus necesidades comunicativas. Ahora bien, si se tiene en cuenta que los niños con TEL muestran, en general, una afectación en los componentes fonológico y morfosintáctico del lenguaje, así como evidentes limitaciones en el componente léxico-semántico, que repercute lógicamente en la dimensión pragmática y, por consiguiente, se compromete la globalidad del lenguaje (comprensión y expresión), en las siguientes páginas se incluyen orientaciones generales de intervención para facilitar el desarrollo de los diversos aspectos y componentes que constituyen el lenguaje.

4.2.1. Desarrollo léxico-semántico

En la etapa infantil es típico el trabajo de Unidades Didácticas, que se diseñan en torno a determinados tópicos o centros de interés. Estas Unidades generalmente incluyen un vocabulario vinculado al centro de interés o tópico, cuyo estudio resulta útil no ya para incrementar el nivel léxico de los niños del aula sino como recurso de extraordinaria importancia para incrementar el vocabulario de los niños con TEL. En estos casos, se procurará que el niño aprenda algunas palabras relacionadas con los centros de interés que se manejan en el aula (palabras generadoras, palabras significativas...) y también algunos términos relacionados con ellas. Interesa inicialmente centrarse en palabras que posean un cierto valor semántico (sustantivos, verbos) para posteriormente incorporar otros términos con menor carga léxica, con el fin de que se puedan establecer diferentes combinaciones que permitan un cierto desarrollo gramatical. Posteriormente, el trabajo con estas palabras ha de hacerse con un criterio de relación, es decir, facilitando la conexión, la correspondencia de esas palabras con otras de su mismo campo semántico o no. Más que las relaciones de significación, que también, interesa aumentar el vocabulario limitado del niño para incrementar su capacidad comunicativa. Aguado (2006) señala que, cuando se utilicen verbos, éstos, al principio, deben ser intransitivos o que puedan ser empleados como tales, ya que le exigen al niño un menor esfuerzo al no tener que añadir un objeto directo. Seguidamente el uso de algunos adverbios permitirá un alargamiento de la oración sin demasiados esfuerzos.

Aunque nunca pueden ser descartadas las tareas de imitación y conversacionales (expansiones, reformulaciones) para el desarrollo del lenguaje, parece ser más aconsejable, para incrementar el vocabulario, el uso de otras estrategias (Monfort y Juárez, 1993; Leonard, 1998; Aguado, 1999): el modelado y la estimulación focalizada. En unas y otras, la participación de la familia nunca puede ser anecdótica. El modelado, muy frecuente en las interacciones habituales niño-adulto, incluye

acciones que van desde la presentación del modelo sin exigir al niño ningún tipo de respuesta hasta la incitación para que éste responda a los requerimientos del adulto (provocación, inducción para que haga/diga algo). La estimulación focalizada consiste en poner al niño reiteradamente ante una exposición concentrada de una determinada forma lingüística (semántica, léxica o morfosintáctica). El objetivo es proporcionarle modelos de referencia claros, estables, consistentes y motivadores. Diferentes juegos pueden ser considerados recursos relevantes para facilitar esa estimulación (juegos del veo-veo, quién es quién, palabras encadenadas, adivinanzas...).

Como sostiene Aguado (2006), para incrementar la fluidez en las relaciones léxicas, imprescindible para mejorar la comprensión, se ha de procurar servirse de palabras cuyo reconocimiento por parte del niño propicie la activación de un número de vocablos, cuanto mayor mejor, que posean algún tipo de asociación semántica. La estrategia más pertinente para lograr este objetivo es el modelado incidental, cuyo propósito es que el niño adquiera una red cada vez más interconectada de palabras que se activen a partir de diferentes estímulos léxicos, y que se generen en el niño hábitos de salir del significado literal para poder anticipar, acceder al mundo intencional del interlocutor (segundas intenciones, lenguaje figurado, creencias, etc.).

4.2.2. Desarrollo morfosintáctico

Numerosos estudios han puesto de manifiesto que la reformulación u ofrecimiento de "modelos o registros lingüísticos" es una estrategia eficaz para mejorar la morfosintaxis en los niños. Consiste en ofrecer el enunciado correcto, incorporando los elementos morfosintácticos omitidos o mal empleados (conectores, nexos, determinantes, morfemas...), inmediatamente después de que al niño haya producido un enunciado incompleto o incorrecto. El objetivo es proporcionar al niño con TEL mayores oportunidades para percibir modelos lingüísticos correctos y de cierto nivel de complejidad estructural, con el fin de que, por medio de la imitación y la estimulación, pueda incorporarlos paulatinamente a su lenguaje habitual. Dada su simplicidad, esta estrategia puede ser utilizada por los padres cuando interactúen con sus hijos, para hacer más efectivos los principios de precocidad e intensidad a los que se ha hecho referencia más arriba. En la reiteración de estas actividades reside principalmente su éxito.

No debe olvidarse que los niños con TEL necesitan una frecuencia de reformulaciones muy superior a la que se aconsejaría en niños que muestran un desarrollo lingüístico normal, para que el efecto de esta estrategia sea significativo. Por tanto, en las intervenciones, lejos de es-

perar a la aparición fortuita de oportunidades para practicar esta estrategia, se ha de aumentar artificialmente las posibilidades de reformular los enunciados del niño con TEL, aunque, eso sí, evitando distorsionar la funcionalidad de la comunicación. Para ello, se deben planificar cuidadosamente las estructuras a reformular, atendiendo al grado de dificultad que presentan para facilitar la conquista por parte de los niños. Tal vez, la mejor manera para hacer la elección de esas estructuras sea tener en cuenta la secuencia evolutiva normal. A este efecto, se incluye, en la siguiente Tabla (Cfr. Tabla 6.6), el extracto de un programa que demostró su eficacia al ser implementado con niños de 5 años (Gallego, 1997).

Tabla 6.6. Programa para el desarrollo de habilidades en morfosintaxis

SERIE I: Proposiciones de dos elementos. *Estructura: Artículo + Nombre* *Estructura: Nombre + Verbo* *Estructura: Verbo + Demostrativo-Indefinido-Numeral* *Estructura: Verbo + Adjetivo* *Estructura: Verbo + Adverbio* *Estructura: Adverbio + Verbo* *Estructura: Verbo + Preposición* *Estructura: Verbo + Posesivo*	SERIE II: Proposiciones de tres elementos. *Estructura: Verbo + Artículo + Nombre* *Estructura: Verbo + Demostrativo + Nombre* *Estructura: Verbo + Indefinido/Numeral + Nombre* *Estructura: Verbo + Posesivo + Nombre* *Estructura: Adverbio + Verbo + Nombre*
SERIE III: Proposiciones de cuatro elementos. *Estructura: Verbo + Artículo + Nombre + Adjetivo* *Estructura: Nombre + Verbo + Demostrativo + Nombre* *Estructura: Nombre + Verbo + Numeral + Nombre* *Estructura: Pronombre + Verbo + Indefinido + Nombre* *Estructura: Artículo + Nombre + Verbo + Posesivo* *Estructura: Artículo + Nombre + Verbo + Adjetivo* *Estructura: Artículo + Nombre + Verbo + Adverbio*	SERIE IV: Proposiciones de cinco elementos. *Estructura: Adverbio + Verbo + Preposición + Artículo + Nombre* SERIE V: Hipotaxis Temporal SERIE V: Hipotaxis Causal SERIE V: Hipotaxis Condicional SERIE V: Hipotaxis de Relativo

Parece lógico pensar que las tareas que se propongan deben estar directamente vinculadas con acontecimientos de la vida real del niño o con contenidos concretos del currículo escolar (p.e., "una visita al parque"). En ellas estaría perfectamente planificado cuáles son los objetivos léxico-sintácticos que se persiguen (p.e., léxico: agua, hierba, columpiarse, correr, seto, abeto; formas verbales: está + verbo en gerundio, pretérito perfecto compuesto; preguntas con "dónde"; respuestas con "en"). En estos casos, el material debe estar también perfectamente especificado (lámina grande con el dibujo de un parque) y las preguntas y comentarios muy bien planificados.

En todos los casos, la implicación de las familias en el desarrollo del lenguaje infantil resulta trascendental. Para ello, es imprescindible informar a los padres sobre las características que presenta el TEL de su hijo, así como aventurarles un pronóstico. En futuros encuentros, cuando se posea un mayor conocimiento sobre el lenguaje del niño y

su propia personalidad, será el momento de proporcionar a los padres información más concreta sobre algunas de las estrategias que pueden emplear en casa para contribuir a la mejora del lenguaje de su hijo. Se les hará ver que estas estrategias son utilizadas por ellos con otro hijo que posee un desarrollo normal del lenguaje, aunque el uso que hacen de las mismas sea un tanto espontáneo e inconsciente. Como la actuación de los padres es esencial durante el desarrollo del niño, la familia debe ser constantemente apoyada y asesorada en su acción educativa (Chevrie-Muller, 2001).

Para Aguado (2006), una de las estrategias más eficaces, para el desarrollo de la morfosintaxis es la construcción de formatos. Siguiendo a Bruner (1990), los "formatos", pautas de interacción estandarizadas entre un adulto y un niño, requieren de marcos rutinarios y familiares que el propio autor denomina Sistema de Apoyo a la Adquisición del Lenguaje (SAAL), para que los niños puedan comprender lo que está pasando. El formato, por tanto, sería una escena repetida invariablemente en el mismo orden y siempre con las mismas palabras, para que el niño lo aprenda más fácilmente. Posteriormente estos formatos se pueden ir alargando con nuevos sucesos dentro de la escena ya repetida e incorporando nuevas palabras. Esta actividad se puede dar en múltiples situaciones: el baño, la comida, una despedida, la llegada de mamá o de papá, cuando se viste o se desnuda, una "carrera" para ver quién llega primero a la puerta de casa, etc.

4.2.3. Desarrollo pragmático-fonológico

El objetivo último de cualquier programa de intervención es capacitar al sujeto para intervenir en diferentes contextos y situaciones comunicativas. Tan pronto como el niño alcance un cierto dominio de los elementos estructurales del lenguaje hay que incidir en los aspectos funcionales de su uso y su relación con el entorno, ya que la finalidad de cualquier tratamiento, como se ha señalado, es promover el habla conversacional adecuada del sujeto en contextos naturales (Mendoza, 2000). Esta adecuación del habla a los contextos conversacionales incluye la idoneidad de la emisión de los sonidos del lenguaje por parte del sujeto, es decir, su capacitación para la normalización articulatoria.

Para el desarrollo de habilidades fonológicas, son aconsejables actividades tales como (Gallego y Rodríguez, 2005): a) reproducir fonemas, de forma aislada, que el sujeto domina e ir introduciendo paulatinamente nuevos fonemas más complicados para la creación de sílabas y palabras, respetando los intervalos interfonéticos dentro de cada sílaba, de la palabra y entre palabras; b) ejercicios labiolinguales, enfatizando los movimientos articulatorios precisos para la producción de fonemas

complicados o bien aquellos que son omitidos o pronunciados defectuosamente; c) pronunciar distintos nombres de objetos que contengan los fonemas que el niño no emite o bien lo hace de forma incorrecta; d) reconocer los fonemas defectuosos en diferentes palabras, para garantizar la discriminación fonológica...

El desarrollo de habilidades pragmáticas es posible recurriendo a simulaciones o sencillas dramatizaciones en las que el niño tenga que asumir distintos roles y, en consecuencia, manifestar distintos sentimientos, emociones, expresiones, discursos. Actividades apropiadas para este fin serían (Gallego y Rodríguez, 2005): a) tareas de identificación/emisión de órdenes y mensajes; b) tareas de reconocimiento/expresión de sentimientos, deseos, opiniones; c) tareas que supongan la explicación, narración, descripción de personas, objetos, hechos, fenómenos, acontecimientos, etc.; d) tareas en las que el niño deba demandar información, solicitar la atención de otros, etc.

ANEXO I

CASO 1. ¿Qué le pasa a David?

1. ¿Qué sabemos?

David es un niño de 4 ½ años que está escolarizado en un centro público desde los 3, junto con su hermano mayor, de 6 años. Sus padres se muestran muy inquietos porque el niño tardó en hablar (hacia los 2 años), ahora habla muy poco, cuando lo hace se le entiende bastante mal y, a veces, le cuesta entender lo que se le dice. Creen que el desarrollo de su lenguaje no se ha producido de manera normal o, al menos, no ha sido como el de su hermano mayor. Los dos informes médicos que tienen, de cuando el niño tenía 2 y 2 ½ años, respectivamente, coinciden en señalar que David es un niño normal, aunque con un ligero retraso de lenguaje. Pero los padres se muestran muy preocupados pues, aunque algo ha avanzado, no advierten progresos significativos en el niño.

En el centro escolar, su tutora afirma que David carece de las habilidades lingüísticas propias de su edad y denota un desfase evidente con respecto a los compañeros de su aula. Cuando habla, apenas se le entiende lo que quiere decir y tampoco suele comprender bien las órdenes que se le dan. El niño muestra mucha apatía durante la realización de las tareas escolares y tiende a aislarse con frecuencia, habiendo pocas cosas que le llamen la atención. Suele tener dificultades para integrarse con el resto de los compañeros del aula, especialmente en actividades de gran grupo.

La exploración física ha puesto de manifiesto que el niño carece de malformaciones o lesiones en los órganos de la articulación (labios, lengua, paladar, dientes...). En efecto, el informe pediátrico señala que el examen físico está dentro de los parámetros de normalidad, tanto en términos físicos como de desarrollo psicomotor, aunque no en cuanto al desarrollo del lenguaje. La otoscopia también es normal. La exploración ORL tampoco detecta ninguna anormalidad. La audiometría elimina posibles problemas auditivos. También se descartan problemas de tipo cognitivo, psicopatológico, privación socioafectiva o disfunción cerebral. Si bien se aconseja a la familia que acuda a un logopeda para realizar un exhaustivo estudio de la evolución de su proceso de adquisición del lenguaje.

En la exploración logopédica se constata que su respiración, inteligibilidad de voz y funcionalidad de la audición son normales, pero su habla es telegráfica y estructuralmente muy pobre, su desarrollo fonológico incompleto, su articulación defectuosa, su vocabulario muy reducido y su lenguaje comprensivo, aunque muy superior al expresivo,

también está afectado. En los resultados globales y parciales del PLON, el niño obtuvo en todas las dimensiones la misma categorización del desarrollo del lenguaje: "retraso". En síntesis, David posee una atención muy dispersa y carece de las habilidades verbales propias de su edad, tanto desde el punto de vista comprensivo como expresivo.

2. Diagnóstico presuntivo

   TEL receptivo-expresivo.

3. ¿Qué se puede hacer?

Dado que David posee una afectación de todos los aspectos, componentes y dimensiones del lenguaje, se propone a continuación una batería de tareas, que por cuestiones de orden –que no de método– se presentan convenientemente organizadas, para tratar de ilustrar cómo se puede habilitar la comunicación y el habla de este niño. Estas actividades, que han de ser planteadas siempre como un juego, pueden ser integradas en las diferentes Unidades Didácticas que conforman la programación de aula.

a) *Para el desarrollo prelingüístico*

La enseñanza de la expresión oral reclama el desarrollo de las capacidades previas al lenguaje. El control de la respiración, el desarrollo de la percepción auditiva y la adecuada motricidad bucofacial son requisitos previos para progresar en el desarrollo de la capacidad articulatoria inherente a todas las personas en mayor o menor grado.

- Actividades de discriminación auditiva.
  * Imitar voces de animales (guau! miau! cuá-cuá!), ruidos, sonidos y acciones de personas (ssss...!(silencio), pum-pum! (disparo), ruidos y sonidos naturales (uuuuuf! (viento, aire), instrumentos musicales (pom-porróm-pom! (tambor).
  * Discriminar sonidos ambientales: una puerta que se cierra, un papel que se arruga, un niño que anda (pisadas)...
  * Diferenciar sonidos de la naturaleza: viento, agua, etc.
  * Identificar sonidos corporales: palmada, soplido, silbido, etc.
  * Distinguir tonos y timbres de voz: de una persona mayor/ de un niño, risa, llanto, etc.
  * Discriminar sonidos musicales: flauta, tambor, etc.
  * Reconocer sonidos onomatopéyicos (reloj: tic-tac, tic-tac, silbato: ¡Piiiiii...!, etc.).

- Actividades de respiración y soplo.
  * Tareas de inspiración y espiración buco-nasal (juegos de imitación respiratoria): meter aire por la nariz (lentamente). Poner las manos en el pecho y abdomen y percibir lo que ocurre. Echar todo el aire por la boca (lentamente). Mantener las manos en la misma posición y comprobar lo ocurrido.
  * Repetir la actividad en posición de tumbado para vivenciar la respiración costo-abdominal.
  * Meter aire por la nariz y levantar los hombros hacia arriba. Echar el aire por la nariz y bajar los hombros lentamente.
  * Tareas de soplo: soplar sobre los segmentos corporales (brazos, piernas, manos...). Observar lo que pasa. Soplar sobre objetos pesados/ligeros (silla/papel). Decir qué ocurre.
- Actividades de motricidad labiolingual.
  * Tareas de motilidad lingual: sacar/meter la lengua en la boca con movimientos repetidos a distintos ritmos, sacar/meter la lengua lo mínimo/máximo posible, etc.
  * Tareas de motilidad labial: apretar/aflojar los labios sin abrir la boca, sonreír sin abrir la boca, reír, etc.
  * Tareas de motilidad mandibular: mover la mandíbula inferior en zigzag, cerrar fuertemente las mandíbulas, mascar, etc.

b) *Para el desarrollo fonológico*

La capacidad articulatoria se consigue propiciando una adecuada motricidad de los órganos que intervienen en la articulación del lenguaje, con el fin de hacer posible que el niño organice el sistema fonológico de su lengua.

- Actividades sugeridas:
  * Repetir palabras y frases a diferentes ritmos: muy despacio, despacio, deprisa, muy deprisa.
  * Articular sencillos trabalenguas.
  * Reproducir onomatopeyas: guau, miau, ruunnng-ruunnng, etc.
  * Denominar dibujos e imágenes que contengan diversos fonemas y sinfones en sílabas directas, inversas, mixtas.
  * Inventar trabalenguas a partir de sonidos (fonemas) que planteen dificultades en su articulación.
  * Pronunciar logotomas de dificultad creciente.

* Emitir palabras con significados distintos, pero cuya diferenciación acústica estribe en alguna de las oposiciones siguientes (oclusiva/fricativa, bilabial/dental, oral/nasal, sorda/sonora).
* Tareas de elección de expresiones correctas.

c) *Para el desarrollo morfosintáctico*

Se propondrán estructuras que contemplen un proceso de ajuste progresivo al modelo adulto hasta conseguir la correcta construcción de oraciones por el niño. Sin olvidar que la organización morfosintáctica infantil no puede ser entendida como una simplificación de la gramática que utilizan los adultos, y teniendo en cuenta que la imitación juega un papel fundamental en la adquisición y el desarrollo de las «gramáticas infantiles».

– Actividades sugeridas:
  * Repetir frases dadas: los niños cantan en el aula, etc.
  * Encadenar palabras: come-mete-tela, etc.
  * Transformar palabras por cambio de un fonema (casa - cana - cama - etc.), omisión (tecla - tela - etc.), adición (tela - telar, etc.).
  * Localizar dibujos, láminas... que representan el significado de una frase dada.
  * Evocar palabras a partir de un fonema o sílaba (/m/: mesa, mano; «ca»: casa, cama, cana...).
  * Inventar historias a partir de palabras dadas.
  * Completar frases.
  * Tareas de alternativa forzada: ¿está la niña jugando o está el niño jugando?, etc.
  * Construir frases con ayuda de objetos y dibujos (trenes de palabras, ejercicios temporales, viñetas...).
  * Tareas para el desarrollo de la invención o imaginación infantil con la estructura ¿Qué pasaría si...? o recurriendo al binomio fantástico de Rodari (1996).
  * Transformar frases (positivas en negativas, activas en pasivas y viceversa).
  * Tareas de creatividad lingüística (inventar una poesía, el título de un cuento (La liebre viajera). Se le puede iniciar: «érase una liebre juguetona que quería viajar y no sabía hacia qué lugar...».
  * Seleccionar frases que mejor representen el significado de un dibujo dado.

* Asignar determinantes correctos en función del género, número correspondiente: (los, unos) perros, (un, el) gato pilló (un, el) ratón.
* Tareas similares con diferentes tiempos verbales y personas (pasado, presente, futuro).
* Utilizar posesivos, demostrativos, adverbios, etc.: > ¿de quién es el lápiz (mío, tuyo, suyo, nuestro...); >La plaza está (cerca, lejos...), etc.
* Retahílas.
* Incrementar/eliminar palabras en una oración: tengo un lápiz >tengo un lápiz rojo >tengo un lápiz rojo pequeño...

d) *Para el desarrollo semántico*

La intervención del adulto respecto al desarrollo y organización del componente semántico deberá abordarse desde la doble perspectiva lingüística: a) comprensiva y b) expresiva, aunque el desarrollo de la primera (comprensión) suele preceder al nivel productivo.

– Actividades sugeridas:

* Localizar/reconocer segmentos corporales: pierna de un compañero, mi cabeza, cara de un muñeco...
* Nombrar segmentos corporales. Tocando/señalando diferentes partes de su cuerpo, se le pregunta al niño: ¿qué es esto? ¿y esto?
* Reconocer/localizar personas, animales, cosas... de su entorno más próximo. Ante diversas láminas, fotografías, dibujos... se pregunta al niño: ¿dónde está mamá? ¿y el abuelo? ¿dónde hay un gato? ¿y el perro?
* Denominar personas, animales, cosas... Ante una fotografía familiar, se pregunta: ¿quién es éste? ¿y ésta? O ante una lámina de diferentes objetos y animales, se le pide que nos diga el nombre de lo señalado.
* Completar frases con palabras: mi mano tiene cinco..... Yo veo con los.....
* Identificar objetos: decir el nombre de tres cosas que hay encima de esta mesa, enumerar los objetos que se utilizan en el aula, etc.
* Describir láminas, dibujos...
* Ejercitar la memoria: decir todos los objetos que hay en el cuarto de baño del colegio, en el patio..., etc.
* Adivinar objetos, animales, cosas... por sus atributos o cualidades: es un animal, muy grande, tiene una trompa (elefante).

* Juegos de adivinanzas, acertijos, retahílas.
* Asociar palabras, siguiendo algún criterio.
* Tareas de búsqueda de contrarios (opuestos).
* Comprender y ejecutar órdenes de dificultad creciente.
* Localizar/relacionar personas, objetos, elementos... en el espacio.
* Identificar objetos, cosas, elementos... según sus colores.
* Formar aumentativos, diminutivos y despectivos.
* Relatar sencillas familias de palabras.

e) *Para el desarrollo pragmático*

Las habilidades pragmáticas se enriquecen estructurando situaciones lingüísticas que permitan al niño expresar sentimientos y pensamientos, tomar la palabra, comunicarse con sus iguales y con los adultos, exponer opiniones, argumentar..., jugar con el lenguaje, en definitiva.

- Actividades sugeridas:
  * Identificar/emitir órdenes, mensajes, etc.
  * Reconocer/expresar sentimientos, deseos, opiniones.
  * Explicar, narrar, describir personas, objetos, hechos, fenómenos, acontecimientos, etc.
  * Identificar suposiciones de un hablante, formular conclusiones, etc.
  * Demandar información, solicitar la atención de otros, etc.
  * Emitir/reconocer demandas, peticiones, ruegos.

f) *Para el desarrollo de la comunicación no verbal*

En el proceso comunicativo, el niño ha de ser capaz de interpretar, además de las palabras, la entonación, las pausas... las manifestaciones corporo-faciales, el rostro, la mirada, los gestos, el movimiento de los brazos y las manos..... para comprender los matices de la comunicación.

- Actividades sugeridas:
  * Tareas de expresión facial: poner cara de tristeza, alegría, etc.
  * Tareas de imitación de movimientos (andares) de animales: león, gigante, culebra, etc.
  * Tareas de imitación de profesiones con gestos y sonidos: cantante, profesor, carpintero, etc.
  * Tareas de entonación de diferentes estructuras lingüísticas: interrogativas, admirativas, dubitativas, etc.

* Tareas de preguntas (diversas)-respuestas (variadas) ante un mismo hecho, suceso, cosa, etc.
* Tareas de representaciones, dramatizaciones de cuentos, relatos...
* Tareas de declamación de sencillas poesías.

En definitiva, reeducar el lenguaje de un niño exige al adulto desplegar estrategias diversificadas en contextos y situaciones diferentes que impliquen la participación activa del aprendiz, así como cuidar su manera de hablar a diferentes niveles (Zuccherini, 1992). En el nivel lingüístico, ha de adecuar su lenguaje a exigencias y situaciones diversas, y ofrecer al niño modelos simples, diversificados y repetidos en el tiempo. En el nivel relacional debe estructurar situaciones renovadas en las que cada cual asuma un rol; y en el nivel corporal-gestual debe atender la particularidad de las situaciones y de los interlocutores. En todos los casos debe mantener una pronunciación clara, no afectada, y una adecuada entonación, con distinción de tonos y volumen justo. Las expresiones corporo-faciales, los gestos e incluso los movimientos articulatorios deben ser visibles y han de poder ser percibidos por el niño.

Glosario

Afasia: Dificultad o pérdida de la facultad para expresarse por medio de la palabra, escritura u otros signos, o de entender el lenguaje hablado o escrito. La afasia es un trastorno del lenguaje que afecta tanto a la expresión como a la comprensión del mismo, después de que haya sido adquirido, debido a lesiones en áreas del sistema nervioso destinadas a su elaboración.

Afonía: Alteración máxima de la disfonía que se da en todas las características de la voz, es decir, su pérdida total.

Agnosia auditiva verbal: Trastorno que muestra un sujeto cuando no entiende el lenguaje, aunque se pueda comunicar por gestos naturales, siendo su expresión nula o casi nula. Es similar a la afasia congénita mixta o sordera verbal.

Alófonos: Cada una de las variantes que se dan en la pronunciación de un mismo fonema, según la posición de éste en la palabra o sílaba, según el carácter de los fonemas vecinos, etc.

Anoxia: Falta casi total de oxígeno en la sangre o en tejidos corporales.

Ataxia: Desorden, irregularidad, perturbación de las funciones del sistema nervioso.

Atetosis: Trastorno de origen nervioso caracterizado por movimientos continuos involuntarios, principalmente de dedos y manos.

Audiometría: Medición de la agudeza auditiva en relación con las diferentes frecuencias del sonido.

Deglutir: Tragar los alimentos y, en general, hacer pasar de la boca al estómago cualquier sustancia sólida o líquida.

Disfasia: Trastorno específico en la adquisición del lenguaje, que afecta tanto a la dimensión expresiva como a la receptiva, en mayor o menor grado, que no evoluciona espontáneamente hacia la normalización y que es resistente a la intervención logopédica. Puede aparecer en otras patologías (retraso mental, sordera, autismo o psicosis) e ir acompañada de otras alteraciones lingüísticas (dificultades en la comunicación, problemas de memoria, atención, hiperactividad...).

Disfonía: Alteración de una o más de las características acústicas de la voz (timbre, intensidad y altura tonal). Puede ser temporal o permanente y es causada por una alteración de los mecanismos de adaptación y coordinación de las diferentes estructuras que intervienen en la producción de la voz.

Dislalias evolutiva: Trastorno articulatorio debido a una inmadurez de los órganos que intervienen en la producción del lenguaje.

Dislalia funcional: Trastorno funcional en la articulación de los sonidos del lenguaje.

Dislalia orgánica: Igual que la disglosia.

Disartria: Trastorno en la articulación del lenguaje, causado por lesiones en el sistema nervioso central o periférico, con alteraciones en las funciones motoras de la respiración, fonación, resonancia, prosodia y articulación.

Disglosia: Trastorno en la articulación de los fonemas por anomalías o lesiones en los órganos periféricos del habla.

Disnea: Dificultad de respirar.

Disfagia: Dificultad o imposibilidad de tragar.

Dispraxia verbal: Trastorno que muestra un sujeto cuando presenta una comprensión normal o casi normal, pero con enormes dificultades en la articulación fonemática de las palabras. También está afectada la prosodia. En los casos más graves, el sujeto es mudo y se vincula con cuadros de afasia congénita expresiva o audiomudez dispráxica.

Distonía: Trastorno hipercinético del movimiento caracterizado por contracciones involuntarias, sostenidas o intermitentes, que generan movimientos repetidos y posturas anormales o ambos. El tono fluctúa entre hipotonía, normotonía e hipertonía.

Ecolalia: Perturbación del lenguaje que consiste en repetir involuntariamente una palabra o frase que se acaba de pronunciar.

Edema: Hinchazón blanda de una parte del cuerpo, que cede a la presión.

Espasticidad: Hipertonía muscular de origen cerebral que se manifiesta por espasmos.

Espirómetro: Instrumento para medir los volúmenes y capacidades del pulmón.

Estenosis: Estrechez, estrechamiento de un orificio o conducto.

Fonación: Emisión de la voz o de la palabra.

Fonema: Unidad mínima de expresión hablada.

Fonología: Rama de la lingüística que estudia los elementos fónicos, atendiendo a su valor distintivo y funcional.

Fonética: Conjunto de los sonidos de un idioma.

Hiperlordosis: Corvadura anómala de la columna vertebral, o del pecho, o de ambos a la vez

Hipotaxis: Relación entre dos oraciones, una de las cuales es dependiente de la otra (subordinación).

Jerga: Lenguaje en el que no se reconocen las palabras y las estructuras de las frases. Los sonidos que se producen son los de la lengua pero representan una mezcla de sonidos sin significado.

Logofobia: Miedo, temor a hablar.

Logotomas: Palabras sin sentido (pseudopalabras).

Morfología: Parte de la gramática que se ocupa de la estructura de las palabras.

Otoscopia: Exploración del órgano del oído.

Paresia: Parálisis leve que consiste en la debilidad de las contracciones musculares.

Pragmática: Disciplina que estudia el lenguaje en su relación con los usuarios y las circunstancias de la comunicación.

Praxias: Organización de movimientos más o menos complejos realizados para un determinado fin. Ajuste, adaptación normal de los movimientos.

Ptosis: Caída o prolapso de un órgano o parte de él.

Sialorrea: Salivación abundante.

Sinfones: Grupos silábicos (CCV) formados por dos consonantes y una vocal (/CRV o CLV/). En castellano, C (consonante) + C (consonante, necesariamente /r/ o /l/) + V (vocal).

Tartamudear: Hablar o leer con pronunciación entrecortada y repitiendo las sílabas.

Tono: Sensación auditiva que permite percibir sonidos más agudos o más graves. Depende del número de vibraciones por segundo de una onda sonora

Trastorno fonético: Dificultades en el habla centradas en el nivel articulatorio y no debidas a confusiones de percepción y discriminación auditiva.

Trastorno fonológico: Dificultades en el habla producidas no necesariamente en el nivel articulatorio sino en el nivel perceptivo y organizativo del lenguaje.

Tusígeno: Que produce tos.

Retraso Simple de Lenguaje: Retraso en la aparición y/o en el desarrollo del lenguaje, que afecta sobre todo a la expresión, sin que esto se deba a un trastorno generalizado del desarrollo, ni a déficit auditivo o trastorno neurológico. El desarrollo del lenguaje y la expresión son

más tardías de lo habitual, y evolucionan lentamente y con un cierto desfase, respecto a lo que cabe esperar de un niño de esa edad cronológica.

Rinofonía: Alteración de la resonancia vocal.

Ritmo: Cadencia particular en la locución que la dota de armonía y hace que el mensaje sea mucho más comprensible.

Semántica: Estudio del significado de los signos lingüísticos y de sus combinaciones, desde un punto de vista sincrónico o diacrónico.

Sintaxis: Parte de la gramática que enseña a coordinar y unir las palabras para formar las oraciones y expresar conceptos.

Sonido: Realización oral de un fonema, constituida por rasgos pertinentes y no pertinentes.

Timbre: Cualidad que permite diferenciar dos sonidos de igual tono y volumen y que imprime una personalidad única a la voz.

Tonema: Inflexión que recibe la entonación de una frase a partir de la última sílaba acentuada.

Tono: Cualidad de los sonidos que permite ordenarlos en más agudos o más graves. Depende del número de vibraciones por segundo de una onda sonora.

Trastorno Específico de Lenguaje: Igual que disfasia.

Voz: Sonido que el aire expelido de los pulmones produce al salir de la laringe, haciendo que vibren las cuerdas vocales.

Bibliografía

- Acosta, V.M. y Moreno, A.Mª (1999): *Dificultades de lenguaje en ambientes educativos*. Barcelona: Masson.
- Aguado, G. (1995): *El desarrollo del lenguaje de 0 a 3 años*. Madrid: CEPE.
- Aguado, G. (1999): *Trastorno específico del lenguaje. Retraso de lenguaje y disfasia*. Málaga: Aljibe.
- Aguado, G. (2006): Dificultades en el lenguaje: trastorno específico de lenguaje, en J.L. Gallego (dir.), *Enciclopedia Temática de Logopedia*. Málaga: Aljibe.
- Almonte C., Lecaros S., Sepúlveda G. et al. (1986): Tartamudez infanto-juvenil. Enfoque multidisciplinario. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 32, 297-306.
- American Psychiatric Association (1995): *DSM-IV Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.
- American Speech-Language-Hearing Association Commitee on Language, Speech and Hearing Services in the Schools (1980): *Definitions for communicative disorders on differences. ASHA, 22*, 317-318.
- Andersson, K. y Schalen, L. (1998): Etiology and treatment of psychogenic voice disorder: Results of a follow-up study of thirty patients. *Journal of Voice*, 12, 96–106.
- Aram, D.M., Ekelman, B.L., Nation, J.E. (1984): Preschoolers with language disorders 10 years later. *Journal of Speech and Hearing Research*, 27, 232-244.
- Arboleda, A., Lopera, J.P., Hincapié, L., Giraldo, M., Pineda, D.A., Lopera, F., et al. (2007): Trastorno específico del desarrollo del lenguaje: problema selectivo o generalizado de cognición. *Revista de Neurología*, 44, 596-600.
- Arias, C. y Estapé, M. (2005): *Disfonía infantil. Diagnóstico y tratamiento*. Barcelona: Ars Médica.

- Arias,C., Clarós, P., Clarós, A. y Clarós, A. (1991): *Disfonías: examen foniátrico y tratamiento*. Barcelona: Clínica Clarós.
- Aronson, A. E. (1990): *Clinical voice disorders: An interdisciplinary approach* (3ª ed.). New York: Thieme.
- Awan, S.N. (2001): *The voice diagnostic protocol: a practical guide to the diagnosis of voice disorders*. Gaithersburg: Aspen Publishers.
- Bartuilli, M., Cabrera, P.J. y Periñán, M.ª C. (2007): *Guía técnica de intervención logopédica. Terapia miofuncional*. Madrid: Síntesis.
- Barret, M. (2001): *The development of language*. Hove: Psychology Press.
- Behlau, M. y Pontes, P. (2009): *Cuidando da voz*. Río de Janeiro: Revinter.
- Benton (1964): Developmental aphasia and brain damage. *Cortex*, 1, 40-52.
- Biain, B. (2002): *Tartamudez. Una disfluencia con cuerpo y alma*. Barcelona: Paidós.
- Bishop, D.V.M. (1992): The biological basis of developmental language disorders, en P. Fletcher y D. Hall (eds.), *Specific speech and language disorders in children*. Londres: Whurr Pub.
- Bishop, D.V.M. (1997): *Uncommon undrestanding. Development and disorders of language comprehension in children*. Psychology Press: Hove (UK).
- Bishop, D.V.M. y Adams, C. (1989): Conversational characteristics of children with semantic-pragmatic disorder II. What features lead to a judgement of inappropiacy? *British Journal of Disorders of Communication*, 24, 241-63.
- Bishop, D.V.M. y Adams, C. (1990): A prospective study of the relationship between specific language impairment, phonological disorders and reading retardation. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 31, 1027-1050.
- Bishop, D.V.M. y Leonard, L. (2001): *Speech and Language impairments in children: causes, characteristics, intervention and outcome*. Oxford: Psychology Press.
- Bishop, D.V., North, T. y Donlan, C. (1995): Genetic basis of specific language impairment: evidence from a twin study. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 37, 56-71.
- Bleible, K. (1995): *Manual of articulation and phonological disorders*. San Diego, CA: Singular Publish Group.
- Bloodstein, O. (1997): Stuttering as an anticipatory struggle reaction, en R. F. Curlee y G. M. Siegel (eds.), *Nature and treatment of stuttering: New directions* (2ª ed.). Boston: Allyn and Bacon.

- Blomm, L. y Lahey, M. (1978): *Language development and language disorders*. New York: John Wiley.
- Bobath, B. (1992): *Base neurofisiológica para el tratamiento de la parálisis cerebral*. Madrid: Médica Panamericana.
- Boone, D. y McFarlane, S. (2000): *The voice and voice therapy* (6ª ed.). Boston: Allyn and Bacon.
- Bosch, L. (1982): *Prueba para la evaluación del desarrollo fonológico en niños de 3 a 7,11 años*. Tesina de Licenciatura. Universidad de Barcelona.
- Bosch, L. (2003): Trastornos del desarrollo fonético y fonológico, en M. Puyuelo y J.A. Rondal (eds.). *Manual de desarrollo y alteraciones del lenguaje*. Barcelona: Masson.
- Bosch, L. (2004): *Evaluación fonológica del habla infantil*. Barcelona: Masson.
- Bowerman, M.F. (1982): Similitudes translingüísticas en dos estadios del desarrollo sintáctico, en H. Lenneberg. y E. Lenneberg (eds.), *Fundamentos del desarrollo del lenguaje*. Madrid: Alianza.
- Bowers, P.N. y Kirby, J.R. (2009): Effects of morphological instruction on vocabulary acquisition. *Reading and Writing: An Interdisciplinary Journal*, 23, 515-537.
- Brancal, M.F., Alcantud, F., Ferrer, A.M. y Quiroga, M.E. (1998): *Evaluación de la discriminación auditiva y fonológica*. Barcelona: Lebón.
- Brown, R. (1973): *A First Language: the early stages*. Cambridge, M.A.: Harvard University Press.
- Bruner, J. (1990): *El habla del niño*. Barcelona: Paidós.
- Bruno, C. y Sánchez, M. (2001): Dislalias, en J. Peña (coord.), *Manual de Logopedia*. Barcelona: Masson.
- Buiza, J.J., Adrián, J.A. y González, M. (2007): Marcadores neurocognitivos en el trastorno específico del lenguaje. *Revista de Neurología*, 44, 326-33.
- Burger, R. y Wijnen, F. (1999): Phonological encoding and word stress in stuttering and nonstuttering subjects. *Journal of Fluency Disorders*, 24, 91-106.
- Busto, MªC. (1988): *Reeducación del habla y del lenguaje en el paralítico cerebral*. Madrid: CEPE.
- Busto, MªC. y Faig, V. (2006): Dificultades en la articulación: disartrias, en J.L. Gallego (dir.), *Enciclopedia Temática de Logopedia*. Málaga: Aljibe.
- Bustos, I. (1995): *Tratamiento de los problemas de la voz*. Madrid: CEPE.
- Bustos, I. (2000): *Trastornos de la voz en edad escolar*. Málaga: Aljibe.

- Bustos, I. (2006): Dificultades en la voz: disfonías, en J.L. Gallego (dir.), *Enciclopedia Temática de Logopedia*. Málaga: Aljibe.
- Byrd, C., Conture, E. y Ohde, R. (2007): Phonological Priming in Young Children Who Stutter: Holistic Versus Incremental Processing. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 16, 43-53.
- Casado, J.C., Adrián, J.A., Conde, M., Piédrola, D., Povedano, V., Muñoz, E., Cantillo, E. y Jurado, A. (2001): Estudio objetivo de la voz en población normal y en la disfonía por nódulos y pólipos vocales. *Acta Otorrinolaringológica Española*, 52, 476-482.
- Casper, J.K. (2004): Vocal Hygiene, en R.D. Kent (ed.), *The MIT Encyclopedia of communication disorders*. Massachusetts Institute of Technology.
- Castaño, J. (2002): Formas clínicas de las disfasias infantiles. *Revista de Neurología*, 34 (Supl. 1), 107-109.
- Castaño, J. (2003): Bases neurobiológicas del lenguaje y sus alteraciones. *Revista de Neurología*, 36 (8), 781-785.
- Cervera, J.F. e Ygual, A. (2003): Intervención logopédica en los trastornos fonológicos desde el paradigma psicolingüístico del procesamiento del habla. *Revista de Neurología*, 36 (Supl. 1), 39-53.
- Chevrie-Muller, C. (2001): Semiología de los trastornos de lenguaje en el niño, en J. Narbona y C. Chevrie-Muller (eds.), *El lenguaje del niño: desarrollo normal, evaluación y trastornos*. Barcelona: Masson.
- Chiat, S. (2001): *Los problemas de lenguaje en los niños*. Madrid: Cambridge University Press.
- Clark, E.V. (1990): On the pragmatics of contrast. *Journal of Child Language*, 17, 417-431.
- Clark, E.V. (1995): *The Lexicon in Acquisition*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Clemente, R.A. (2000): *Desarrollo del lenguaje*. Barcelona: Octaedro.
- Cohn J.R., Spiegel J.R. y Sataloff R.T. (1995): Vocal disorders and the professional voice user: the allergist's role. *Ann Allergy Asthma Immunol*, 74 (5), 363-73; 373-6.
- Coloma, C.J., Pavez, Mª M., Maggiolo, MªÁ. y Peñaloza, C. (2010): Desarrollo fonológico en niños de 3 y 4 años según la fonología natural: incidencia de la edad y del género. *Revista Signos*, 43 (72), 31-48.
- Conde, P.A., Conde, M.J., Bartolomé, M.T. y Quirós, P. (2009): Perfiles neuropsicológicos asociados a los problemas del lenguaje oral infantil. *Revista de Neurología*, 48 (1), 32-38.
- Conti-Ramsden, G. (2000): The relevance of recent research on SLI to our understanding of normal language development, en M. Perkins y

S. Howard (eds.), *New directions in language development and disorders*. Nueva York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.

- Conti-Ramsden, G. (2002): Continuidad académica y educativa en niños con trastorno específico del lenguaje (TEL). *Revista Chilena de Fonoaudiología*, 3, 25-38.
- Conture, E.G. (1990): *Stuttering*. Englewood Cliffs (2ª ed.): Prentice Hall.
- Conture, E.G. (2001): *Stuttering: its nature, diagnosis and treatment*. Boston: Allyn & Bacon.
- Cooper, E.B. y Cooper, C.S. (1985): *Cooper Personalised Fluency Control Therapy*. Rev. Ed. Allen: DLM Teaching Resources.
- Crespo, N. y Alfaro, P. (2010): Desarrollo tardío del lenguaje: la conciencia metapragmática en la edad escolar. *Universitas Psychologica*, 9 (1), 229-240.
- Crespo, N. y Narbona, J. (2006): Subtipos de trastorno específico del desarrollo del lenguaje: perfiles clínicos en una muestra hispanohablante. *Revista de Neurología*, 43, 193-200.
- Crystal, D. (1983): *Patología del lenguaje*. Madrid: Cátedra.
- Crystal, D. (1994): *Enciclopedia del lenguaje*. Madrid: Taurus.
- Crystal, D., Fletcher, P. y Garman, M. (1984): *Análisis gramatical de los trastornos del lenguaje*. Barcelona: Médica y Técnica.
- Curlee, R.F. (2004): Stuttering, en R.D. Kent (ed.), *The MIT Encyclopedia of communication disorders*. Massachusetts Institute of Technology.
- Dale, P.S. (1980): *Desarrollo del lenguaje. Un enfoque psicolingüístico*. México: Trillas.
- Daly, D.A. y Cantrell, R.P. (2006): Cluttering: characteristics identified as diagnostically significant by 60 fluency experts. *Paper presented at the International Fluency Congress*. Dublín, 27 de Julio de 2006.
- Damasio, A.R. y Damasio, H. (1992): Brain and language. *Scientific American*, 267, 63-71.
- Daniels, D.E. y Gabel, R.M. (2004): The impact of stuttering on identity construction. *Topics in Language Disorders*, 24, 200-215.
- Darley, F., Aronson, A.E., Brown, J. (1969): Differential diagnostic patterns of dysarthria. *Journal of Speech and Hearing Research*, 12 (2), 246- 269.
- Darley, F., Aronson, A.E. y Brown, J. (1975): Motor speech disorders. Philadelphia: Saunders (Trad. castellana: *Alteraciones Motrices del Habla*. Buenos Aires: Ed. Médica Panamericana, 1978).
- Dinville, C. (1996): *Los trastornos de la voz y su reeducación* (2ª ed.). Barcelona: Masson.

- Dore, J. (1974): A pragmatic description of early language development. *Journal of Psycholinguistic Research*, 3, 343-350.
- Dore, J. (1975): Holophrases, speech acts and language universals. *Journal Chile Language*, 2, 21-40.
- Duffy, J. (2005): *Motor speech disorders: substrates, differential diagnosis, and management*. Philadelphia: Elsevier Mosby.
- Ellis Weismer, S., Evans, J. y Hesketh, L. (1999): An examination of verbal working memory capacity in children with specific language impairment. *Journal of Speech, Language and Hearing Research*, 42, 1249-1260.
- Estellés, M.T. (1992): Formación del profesorado de E.G.B. en la educación de la voz. Repercusión en el niño. *Actas del XVII Congreso Nacional de A.E.L.F.A.* Zaragoza: Servicio de Psiquiatría y Toxicomanías del Hospital Real y Provincial.
- Etchepareborda, M. (2003): La intervención en los trastornos disléxicos: entrenamiento de la conciencia fonológica. *Revista de Neurología*, 36 (Supl. 1), 13-19.
- Epstein, S. y Phillips, J. (2009): Storytelling skills of children with specific language impairment. *Child Language Teaching and Therapy*, 25 (3), 285-300.
- Feuerstein, R., Feuerstein, R.S., Falik, L. y Rand, Y. (2002): *The dynamic assessment of cognitive modifiability*. Jerusalem: ICELP Press.
- Fey, M., Catts, H. y Larrivee, L. (1995): Preparing preschoolers for the academic and social challenges of school, en M. Fey, J. Windsor y S. Warren (eds.), *Language intervention. Preschool through the elementary years*. Baltimore: Paul H. Brookes Publishing.
- Fiedler, P. y Standop, R. (1984): *La tartamudez*. Barcelona: Herder.
- Fleet W.S. y Heilman K.M. (1985): Acquired stuttering from a right hemisphere lesion in a right-hander. *Neurology*, 35, 1343-1346.
- Forns, M. (1989): Consideraciones acerca de la evaluación del lenguaje, en C. Triadó y M. Forns (eds.), *La evaluación del lenguaje*. Barcelona: Anthrophos.
- Foundas, A.L., A.M. Bollich, Corey, D.M., Hurley, M. y Heilman, K.M. (2001): Anomalous anatomy of speech-language areas in adults with persistent developmental stuttering. *Neurology*, 57, 207-215.
- Gallardo-Paúls, B. (2009): Valoración del componente pragmático a partir de datos orales. *Revista de Neurología*, 48 (Supl. 2), 57-61.
- Gallardo, J.R. y Gallego, J.L. (2003): *Manual de logopedia escolar. Un enfoque práctico* (4ª ed.). Málaga: Aljibe.
- Gallego, J.L. (1997): *Disfunciones en la articulación y la morfosintaxis. Diseño, desarrollo y evaluación de un programa de intervención didáctica*. Tesis Doctoral no publicada. Universidad de Granada.

- Gallego, J.L. (1999): *Calidad en la intervención logopédica*. Estudio de casos. Málaga: Aljibe.
- Gallego, J.L. (2000a): *Dificultades de la articulación en el lenguaje infantil*. Málaga: Aljibe.
- Gallego, J.L. (2000b): Cómo intervenir en el lenguaje de los alumnos con parálisis cerebral. *Actas del 1er Congreso Internacional de Necesidades Educativas Especiales*. Granada: Ediciones Adhara.
- Gallego, J.L. (2001): *La tartamudez. Guía para profesionales y padres*. Málaga: Aljibe.
- Gallego, J.L. (dir.) (2006): *Enciclopedia Temática de Logopedia* (2 Vol.). Málaga: Aljibe.
- Gallego, J.L. y Rodríguez, A. (2005): *Atención logopédica al alumnado con dificultades de lenguaje oral*. Málaga: Aljibe.
- Gamboa, J., Jiménez-Jiménez, F.J., Mate, M.A. y Cobeta, I. (2001): Alteraciones de la voz causadas por enfermedades neurológicas. *Revista de neurología*, 33 (2), 153-168.
- Garrido Landívar, J. (1999): *Programación de actividades para educación especial*. Madrid: CEPE.
- Gierut, J.A. (1998): Treatment efficacy: functional phonology disorders in children. *Journal of Speech, Language and hearing Research, 41*, 85-100.
- González, M.J. (1994): *Dificultades Fonológicas: Evaluación y Tratamiento*. Valencia: Promolibro.
- González, M. J. (2006): Dificultades en la articulación: Trastornos fonológicos y fonéticos, en J.L. Gallego (dir.), *Enciclopedia Temática de Logopedia*. Málaga: Aljibe.
- González, A. M., Quintana, I., Barajas, C., Linero, M. J., Goicoechea, M. A., Fuentes, M. J., Fernández, M. y De la Morena, M. L. (2001): Medio social y desarrollo del lenguaje: un estudio con niños adoptados. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 54, 515-529.
- Goodyer, I.M. (2000): Language dificulties and psychopatology, en D.V.M. Bishop y L.B. Leonard (eds.), *Speech and language impairments in children, causes, characteristics, intervention and outcome*. Psychology Press: Hove.
- Gopnik, M. y Crago, M.B. (1994): Familial aggregation of a developmental language disorder. *Cognition*, 39, 1-50.
- Gotzens, A.M. y Marro, S. (1999): *Prueba de valoración de la percepción auditiva*. Barcelona: Masson.
- Guitar, B. (2006): *Stuttering: an integrated approach to its nature and treatment*. Baltimore, Ma: Williams and Wilkins.

- Hadley, P. A. y Rice, M. L. (1991): Conversational responsiveness in speech and language-impaired children. *Journal of speech, language and Hearing Research*, 34, 1308-1317.
- Halliday, M.A.K. (1975): *Learning how to mean: explorations in the development of language*. Eduard Arnold, Londres (Trad. cast.: *Exploraciones sobre las funciones del lenguaje*. Barcelona: Médica y Técnica, 1982).
- Halliday. M.A.K. (1982): Aprendiendo a conferir significado, en H. Lenneberg y E. Lenneberg (eds.), *Fundamentos del desarrollo del lenguaje*. Madrid: Alianza.
- Hart, S. y Gonzalez, L. (2010): The effectiveness of using communication-centered intervention to facilitate phonological learning in Young children. *Communication Disorders Quarterly*, 32 (1), 13-25.
- Hasson, N. y Botting, N. (2010): Dynamic assessment of children with language impairments: a pilot study. *Child Language Teaching and Therapy*, 26 (3), 249-272.
- Hegde, M.N. y Maul, C.A. (2006): *Language disorders in children: an evidence-based approach to assessment and treatment*. Boston: Pearson.
- Hernández, J. y Álvarez, C.J. (2008): La tartamudez como un fenómeno prearticulatorio. *Acta Neurológica Colombiana*, 25, 25-33.
- Hernández-Pina, F. (1984): *Teorías psicosociolingüísticas y su aplicación a la adquisición del español como lengua materna*. Madrid: Siglo XXI.
- Hill, D. (2003): Differential treatment of stuttering in the early stages of development, en H. Gregory (ed.), *Stuttering therapy: rationale and procedures*. Boston: Allyn & Bacon.
- Hoit, J. D., Plassman, B. L., Lansing, R. W. y Hixon, T. J. (1988): Abdominal muscle activity during speech production. *Journal of Applied Physiology*, 65, 2656-2664.
- Huinck, W. y Rietveld, T. (2007): The validity of a simple outcome measure to assess stuttering therapy. *Folia Phoniatrica et Logopaedica*, 59, 91-99.
- Ingram, D. (1983): *Trastornos fonológicos en el niño*. Barcelona: Médica Técnica.
- Irwin, A. (1983): *Cómo vencer el tartamudeo*. Barcelona: Grijalbo.
- Irwin, A. (1994): *La tartamudez en los niños. Una ayuda práctica para los padres*. Bilbao: Mensajero.
- Jackson-Maldonado, D., Thal, D., Marchman, V., Bates, E. y Gutierrez-Clellan, V. (1993): Early lexical development in Spanish-speaking infants and toddlers. *Journal of Child Language*, 20, 523-549.

- Jackson-Menaldi M. (2002): *La voz patológica*. Buenos Aires: Panamericana.
- Jacobson, B. H., Johnson, A., Grywalski, C., et al. (1998): The Voice Handicap Index (VHI): Development and validation. *Journal of Voice*, 12, 540–550.
- Johnston, E.B. y Johnston, A.V. (1988): *Desarrollo del lenguaje: lineamientos piagetianos*. Buenos Aires: Médica Panamericana.
- Johnson J.S. y Newport E.L. (1991): Critical period effects on universal properties of language: the status of subjacency in the acquisition of a second language. *Cognition*, 39, 215-58.
- Juárez, A. y Monfort, M. (1989): *Estimulación del lenguaje oral*. Madrid: Santillana, Aula XXI.
- Kuhl, P.K. (2004): Early language acquisition: cracking the speech code. *Nature Reviews Neuroscience*, 5 (11), 831-843.
- Lahey, M. y Edwards, J. (1995): Specific language impairment: preliminary investigation of factors associated with family history and with patterns of language performance. *Journal of Speech, Language and Hearing Research*, 38, 643-57.
- Law, J. (1992): *The early identification of language impairment in children*. London: Chapman-Hall.
- Le Huche, F. y Allali, A. (1994): *Patología Vocal: Semiología y disfonías disfuncionales*. Barcelona: Masson.
- Le Huche, F. (2001): *La tartamudez. Opción curación*. Barcelona: Masson.
- Leonard, L.B. (1998): *Children with specific language impairment*. Cambridge (MA): MIT Press.
- Leonard, L.B. (2002): *Children with specific language impairment*. Boston: MIT Press.
- Leonard, L.B., Weismer, S.E., Miller, C.A., Francis, D.J., Tomblin, J.B. y Kail, R.V. (2007): Speed of processing, working memory, and language impairment in children. *Journal of Speech, Language and Hearing Research*, 50, 408-428.
- López Ornat, S. (1990): La formación de la oración simple: las omisiones sintácticas (S-V-O) en la adquisición del español. *Estudios de Psicología*, 41, 41-72.
- López Ornat, S. (1999): La adquisición del lenguaje, en F. Cuetos y M. De Vega (coords.), *Psicolingüística del español*. Madrid: Trotta.
- Manaut-Gil. E. (2005): Tartamudez del desarrollo y tartamudez adquirida. Semejanzas y diferencias. *Revista de Neurología*, 40 (10), 587-594.
- Martínez, H. (2006): La articulación del habla en individuos con hendiduras labiopalatinas corregidas: estudio de dos casos. *Revista CEFAC*, 8 (2), 186-197.

- Martínez, A. y De Paúl, J. (1993): *Maltrato y abandono en la infancia.* Barcelona: Martínez Roca.
- McClean M.D. (1990): Neuromotor aspects of stuttering: levels of impairment and disability. *ASHA Report,* 18, 64-73.
- McNeil, M. R., Robin, D. A. y Schmidt, R. A. (1997): Apraxia of speech: Definition, diferentiation, and treatment, en M. R. McNeil (ed.), *Clinical management of sensorimotor speech disorders.* New York: Thieme.
- Melle, N. (2007): *Guía de intervención logopédica en la disartria.* Madrid: Editorial Síntesis.
- Melnick, K., Conture, E. y Ohde, R. (2003): Phonological Priming in Picture Naming of Young Children Who Stutter. *Journal of Speech, Language and Hearing Research,* 46, 1428-1443.
- Mendoza, E. (coord.) (2000): *Trastorno específico del lenguaje.* Madrid: Pirámide.
- McGregor, K.K. (1997): The nature of word-finding errors of preschoolers with and without word-finding deficits. *Journal of speech, language and Hearing Research,* 40, 1232-1244.
- Monfort, M. y Juárez, A. (1993): *Los niños disfásicos. Descripción y tratamiento.* Madrid: CEPE.
- Monfort, M. y Juárez, A. (2001): *Test de inteligibilidad.* Madrid: Entha.
- Montgomery, J.W. (2002): Understanding the language difficulties of children with specific language impairments: Does verbal working memory matter? *American Journal of Speech-Language Pathology,* 11, 77-91.
- Moreno, J.M., García-Baamonde, Mª E. y Blázquez, M. (2010): Desarrollo lingüístico y adaptación escolar en niños en acogimiento residencial. *Anales de Psicología,* 26 (1), 189-196.
- Moreno, J.M., Suárez, A., Martínez, J.D. y García, M.L. (2004): *Retrasos en la adquisición y desarrollo del lenguaje: estudio de casos.* Madrid: EOS.
- Morrison et al. (1996): *Tratamiento de los trastornos de la voz.* Barcelona: Masson.
- Muñoz, J. y Carballo, G. (2005): Alteraciones lingüísticas en el trastorno específico del lenguaje. *Revista de Neurología,* 40 (Supl. 1), 57-63.
- Newman A.J., Bavelier, D., Corina, D., Jezzard, P. y Neville H.J. (2002): A critical period for right hemisphere recruitment in American Sign Language processing. *Nature Neuroscience,* 5, 76-80.
- Nippold M. (2002): Stuttering and phonology: Is there an interaction? *American journal of speech-language pathology,* 1, 99-110.

- Núñez, F., Corte, P., Señaris, B., Llorente, J.L., Górriz, C. y Suárez, C. (2007): Adaptación y validación del índice de incapacidad vocal (VHI-30) y su versión abreviada (VHI-10) al español. *Acta Otorrinolaringológica Española*, 58, 386-392.
- Oates, J. (2009): Auditory-perceptual evaluation of disordered voice quality. *Folia Phoniatrica et Logopaedica*, 61, 49-56.
- Obler, L. (1985): Language through the life-span, en Berko, J. (ed.), *The development of language*. Columbus: Merrill.
- Ortiz, K. y Carrillo, L. (2008): Comparação entre as análises auditiva e acústica nas disartrias. *Revista de la Sociedad Brasileña de Fonoaudiología*, 13 (4), 325-331.
- Owens, R.E. (2003): *Desarrollo del lenguaje*. Madrid: Prentice Hall.
- Owens, R. (2004): *Language disorders*. Boston: Pearson.
- Parisse, Ch. y Maillart, Ch. (2009): Specific language impairment as systemic developmental disorders. *Journal of Neurolinguistics*, 22, 109-122.
- Pascual, P. (2000): Inmadurez articulatoria. Déficits fonéticos y fonológicos, en F. Salvador et al. (coords.), *La Intervención logopédica. Exploración, diagnóstico y tratamiento*. Granada: G.E.U.
- Pascual, P. (2003): *Tratamiento de los defectos de articulación en el lenguaje del niño*. Barcelona: Cisspraxis.
- Paul, R. (1993): Patterns of development in late talkers: Preschool years. *Journal of Childhood Communication Disorders*, 15, 7-14.
- Pávez, Mª M., Maggiolo, M., Peñaloza, C. y Coloma, C.J. (2009): Desarrollo fonológico en niños de 3 a 6 años: incidencia de la edad, el género y el nivel socioeconómico. RLA. *Revista de Lingüística Teórica y Aplicada*, 47 (2), 89-109.
- Peña, M., Pittaluga, E. y Farkas, C. (2010): Adquisición fonológica en niños prematuros. *Revista de Neurología*, 50, 12-18.
- Perelló, J. (1990): *Trastornos del habla*. Barcelona: Masson.
- Perelló, J. (1996): *Evaluación de la voz, lenguaje y audición*. Barcelona: Lebón.
- Pérez, M. (1989): The acquisition of morfhemes: some evidence from Spanish. *Journal of Psycholinguistic Research*, 18, 289-312.
- Pérez, M. (1991): The acquisition of gender: what Spanish children tell us. *Journal of Child Language*, 18, 571-590.
- Prater, J. y Swift, R. (1996): *Manual de terapéutica de la voz*. Barcelona: Masson.
- Puyuelo, M. (1996): Problemas de lenguaje en la parálisis cerebral. Diagnóstico y tratamiento, en Puyuelo, M. et al. (eds.), *Logopedia en la parálisis cerebral*. Barcelona: Masson.

- Queiroz, I. (2002): *Fundamentos de fonoaudiología*. Buenos Aires: Panamericana.
- Quiñones, C. (2003): *Programa para la prevención y el cuidado de la voz*. Barcelona: Cisspraxis.
- Rapin, I. y Allen, D.A. (1983): Developmental language disorders: nosologic considerations, en U. Kirk (ed.), *Neuropsychology of language, reading, and spelling*. New York: Academic Press.
- Rapin, I. y Allen, D.A. (1987): Developmental dysphasia and autism in preschool children: characteristics and subtypes, en J. Martin, P. Martin, P. Fletcher, P. Grunwell y D. Hall (eds.), *Proceedings of the First International Symposium on Specific Speech and Language Disorders in Children*. Londres: AFASIC.
- Ravid, D. y Tolchinsky, L. (2002): Developing linguistic literacy: A comprehensive model. *Chil language*, 29, 417-447.
- Real Academia Española (2010): *Ortografía de la lengua española*. Madrid: Espasa Libros, S.L.U.
- Reed, C. (1980): Voice therapy: A need for research. *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 45, 157–169.
- Rescorla, L. y Roberts, J. (2002): Nominal vs. verbal morpheme use in late talkers at ages 3 and 4. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 45, 1219-1231.
- Rodari, G. (1996): *Gramática de la fantasía*. Barcelona: Ediciones del Bronce.
- Rondal, J.A. (1982): *El desarrollo del lenguaje*. Barcelona: Médica y Técnica.
- Rosen, C.A., Lee A.S., Osborne J., Zullo, T. y Murry, T. (2004): Development and validation of the voice handicap index-10. The Laryngoscope, 114, 1549-1556.
- Roy, N., Bless, D.M., Heisey, D. y Ford, C.F. (1997): Manual circumlaryngeal therapy for functional dysphonia: An evaluation of short- and long-term treatment outcomes. *Journal of Voice*, 11, 321–331.
- Rustin, L. (1987): *Assessment and therapy programme for dysfluent children*. Windsor: NFER-Nelson.
- Ruston, H.P. y Schwanenflugel, P.J. (2010): Effects of conversation intervention on the expressive vocabulary development of prekindergarten children. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*, 41, 303-313.
- Sangorrín, J. (2005): Disfemia o tartamudez. *Revista de Neurología*, 41 (Supl 1), 43-46.
- Santacreu, J. (1991): *Tratamiento conductual de la tartamudez* (2ª ed.). Valencia: Promolibro.

- Santacreu, J. y Froján, Mª.J. (1993): *La tartamudez. Guía de prevención y tratamiento infantil.* Madrid: Pirámide.
- Schiavetti, N. (1992): Scaling procedures for the measurement of speech intelligibility, en R.D. Kent (ed.), *Intelligibility in Speech Disorders.* Amsterdam: Benjamins Pub.
- Schiefelbusch, R.L. (1986): *Bases de la intervención en el lenguaje.* Madrid: Alhambra Universidad.
- Schlensinger, I.M. (1982): El desarrollo gramatical. Los primeros pasos, en H. Lenneberg y E. Lenneberg (eds.), *Fundamentos del desarrollo del lenguaje.* Madrid: Alianza.
- Schonhaut, L., Maggiolo, M., Herrera, M.E., Acevedo, K. y García, M. (2008): Lenguaje e inteligencia de preescolares: Análisis de su relación y factores asociados. *Revista Chilena de Pediatría,* 79 (6), 600-606.
- Serra, M. (1997): Dificultades cognitivas y lingüísticas en los niños con trastorno específico del lenguaje. *Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología,* 17, 79-93.
- Serra, M., Serrat, E., Solé, R., Bel, A. y Aparici, M. (2000): *La adquisición del lenguaje.* Barcelona: Ariel.
- Shapiro, D.A. (1999): *Stuttering intervention: a collaborative journey to fluency freedom.* Austin, TX: Pro-Ed.
- Simon, A.M. (2001): Tartamudeo del niño, en J. Narbona y C. Chevrie-Muller (eds.), *El lenguaje del niño: desarrollo normal, evaluación y trastornos.* Barcelona: Masson.
- Smith, A. y Kelly, E. (1997): Stuttering: A dynamic, multifactorial model, en R. F. Curlee y G. M. Siegel (eds.), *Nature and treatment of stuttering: New directions* (2ª ed.). Boston: Allyn and Bacon.
- Snell, M.E. (2002): Using dynamic assessment with learners who communicate nonsymbolically. *Augmentative and Alternative Communication,* 18, 163-176.
- Snell, M.E. (2006): El uso de la evaluación dinámica con alumnos y alumnas que utilizan la comunicación no-simbólica, en CEJA (editora): *Materiales para el desarrollo de la comunicación y el apoyo al alumnado con nee.* Sevilla: Consejería de Educación de la Junta de Andalucía.
- Snell, M.E. y Loncke, F. (2006): Un manual para la evaluación dinámica de la comunicación no-simbólica, en CEJA (ed.), *Materiales para el desarrollo de la comunicación y el apoyo al alumnado con nee.* Sevilla: Consejería de Educación de la Junta de Andalucía.
- Starkweather, W. (1990): *Stuttering prevention.* Englewood Cliffs: Prentice-Hall.

- Sutherland, D. y Guillon, G. (2005): Assessment of Phonological Representations in Children with Speech Impairment. *Language en Speech & Hearing Services in Schools* 36 (4), 294-307.
- Soler, R.M. (1984): Adquisición y utilización del artículo, en M. Siguán (dir.), *Estudios sobre psicología del lenguaje infantil.* Madrid: Pirámide.
- Stemple, J. (2004): Voice Therapy: Holistic Techniques. En R.D. Kent (ed.). *The MIT Encyclopedia of communication disorders.* Massachusetts Institute of Technology.
- Storkel, H.L. (2009): Developmental differences in the effects of phonological, lexical, and semantic variables on word learning by infants. *Journal of Child Language*, 36 (2), 291-321.
- Stromswold K. (2008): The genetics of speech and language impairments. *The New England Journal of Medicine*, 359, 2381-2383.
- Tallal, P. (2000): Experimental studies of language learning impairments: From research to remediation, en D.V.M. Bishop y L.B. Leonard (eds.), *Speech and language impairments in children. Causes, characteristics, intervention and outcome.* Hove (UK): Psychology Press.
- Tallal, P. y Piercy, M. (1987): Defects in auditory perception in children with developmental dysphasia, en M. Wyke (ed.), *Developmental dysphasia.* London: Academic Press.
- Tallal, P., Ross, R. y Curtiss, S. (1989): Familial aggregation in specific language impairment. *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 54, 167-73.
- Terband, H. y Maassen, B. (2010): Speech motor development in childhood apraxia of speech: generating testable hypotheses by neurocomputational modeling. *Folia Fhoniatrica et Logopaedica*, 62, 134-142.
- Titze, I. (1994): *Principles of voice production.* Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Tomasello, M. y Brooks, P. (1999): Early syntactic development: a construction grammar approach, en M. Barret (ed.), *The development of language.* Hove: Psychology Press.
- Tomblin, J.B. (1989): Familial concentration of developmental language impairment. *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 54, 287-95.
- Tomblin, J.B. y Buckwalter, P.R. (1998): Heritability of poor language achievement among twins. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 41, 188-99.
- Tough, J. (1987): *El lenguaje oral en la escuela.* Visor-MEC, Madrid.
- Triadó, C. (1982): *Els inicis del llenguatge.* Barcelona: Laia.

- Truscelli,C. (2001): Trastornos del habla y del lenguaje en los síndromes lesionales precoces: parálisis cerebral infantil, en J. Narvona y C. Chevrie-Muller (coords.), *El lenguaje del niño. Desarrollo normal, evaluación y trastornos*. Barcelona: Masson.
- Valdizán, J.R. (2005): Aspectos neurofisiológicos de las disfasias. *Revista de Neurología*, 41, 105-107.
- Van der Lely, H.K. y Stollwerk, L. (1996): A grammatical specific language impairment in children: an autosomal dominant inheritance? *Brain Language*, 52, 484-504.
- Van Nuffelen, G., De Bodt, M., Wuyts, F. y Van de Heyning, P. (2009): The effect of ratecontrol on speech rate and intelligibility of dysarthric speech. *Folia Phoniatrica et Logopaedica*, 61, 69-75.
- Van Riper, C. (1971): *The treatment of stuttering*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall.
- Vasilyeva, M., Huttenlocher, J. y Waterfall, H. (2006): Effects of language intervention on syntactic skill levels in preschoolers. *Developmental Psychology*, 42 (1), 164-174.
- Veneziano, E. (2010): Conversation in language development and use: an introduction. *First Language*, 30 (3-4), 241-249.
- Verschueren, J. (2002): *Para entender la Pragmática*. Madrid: Gredos.
- Vila, I. (1990): *Adquisición y desarrollo del lenguaje*. Barcelona: Graó.
- Vila, J.M. (2009): *Guía de intervención logopédica en la disfonía infantil*. Madrid: Síntesis.
- Vigotsky, L. (1986): *Thought and language*. Cambridge: MIT Press (original publicado en 1934).
- Ward, D. (2006): *Stuttering and Cluttering: frameworks for understanding and treatment*. Hove: Psychology Press.
- Watson, P. (2004): Voice Therapy: Breathing Exercises, en R.D. Kent (ed.), *The MIT Encyclopedia of communication disorders*. Massachusetts Institute of Technology.
- Weismer, E. (2000): Intervention for children with developmental language delay, en D.V.M. Bishop y L.B. Leonard (eds.), *Speech and language impairments in children, causes, characteristics, intervention and outcome*. Hove (UK): Psychology Press.
- Wells, G. (1985): *Language development in the preschool years*. New York: Cambridge University Press.
- Werker, J.F. y Yeung, H.H. (2005): Infant speech perception bootstraps word learning. *Trends in Cognitive Sciences*, 9, 519–527.
- Wilson, B.C. y Risucci, D.A. (1986): The early identification of developmental language disorders and the prediction of the acquisition of the reading skills, en R. Masland (ed.), *Preschool prevention of reading failure*. York Press: Parkton.

- Yairi, E. (1982): Longitudinal studies of disfluencies in two years old children. *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 25, 155-160.
- Yairi, E. (1997): Disfluency characteristics of childhood stuttering, en R.F. Curlee y J.M. Siegel (comps.), *Nature and treatment of stuttering. New directions*. Needham Heigths, MA: Allyn and Bacon.
- Yairi, E. y Ambrose, N. (2004): *Stuttering: recent developments and future directions*. ASHA Leader, 9, 4-5.
- Yaruss, J.S. y Conture, E.G. (1995): Mother and child speaking rates utterance lengths in adjacent fluent utterances. *Journal of Fluency Disorders*, 20, 257-278.
- Yaruss J., La Salle, L. y Conture, E. (1998): Evaluating stuttering in young children: diagnostic data. *Am J Speech Lang Pathol*, 7, 62-76.
- Yule, G. (2010): *The Study of Language*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Zuccherini, R. (1992): *Cómo educar la comunicación oral*. Barcelona: Ceac.

Webgrafía

- http://www.aidex.es/lenguaje/taller1/dislalias.html
- http://www.psicologoinfantil.com/traslengu.htm
- http://www.foniatriaonline.com/diccionario.htm
- http://www.logopedia.net
- http://www.logopedasinrecursos.org/
- http://educación.upa.cl/diversida/lenguaje.htm
- http://www.ceril.cl/P3_DDA.htm
- http://www.cnice.mecd.es/recursos2/orientación/01apoyo/op06_f.htm
- http://www.anlivi3.galeon.com/tipos.htm
- http://www.delogopedia.com
- http://www.iespana.es/logopeda
- http://www.clc-logopedia.org

- http://www.espaciologopedico.com
- http://www.ares.cnice.mecd.es
- http://www.logopedia@listserv.rediris.es
- http://www.techabla@listserv.rediris.es
- http://www.rlogopedia-alta@eListas.net
- http://www.ilogopedia.com
- http://www.centro-ide.com/disartrias/
- http://www.espaciologopedico.com
- http://www.psicopedagogia.com/disartria
- http://www.cnice.mec.es/recursos2/atencion_diversidad/02_03.htm
- http://www.apepalen.cyl.com/diversidad/diver/logope/habla/disartria.htm
- http://www.aelfa.org/
- http://www.stuttering.com/
- http://www.stuttersfa.org/
- http://www.stammer.demon.co.uk/

Biblioteca de La FCDAPD
Universidad Central del Ecuador

SIB - UCE

FECHA DE DEVOLUCIÓN		

618.92855
G166 Gallego Ortega, José
BCD Los trastornos del
2015 lenguaje en el niño

FECHA	NOMBRE
23/08/2019	Stefany Chiriboga
30/09/2019	Frutos Jhanoton
18/10/2019	Monserratte Jurado
24/10/2019	Joselyn Quillupangui

618.92855
G 166 Gallego Ortega, José
BCD Los trastornos de
2015 lenguaje en el niño

3134120123456834

ESTE LIBRO ES PROPIEDAD DEL SIB-UCE

SU VENTA ES PENADA POR LA LEY

El desarrollo personal y social de un niño depende, en buena medida, de su capacidad para comprender el lenguaje y de sus habilidades para utilizarlo. De ahí que los trastornos del lenguaje generen una preocupación constante a educadores y padres. ¿Cómo se desarrolla el lenguaje? ¿Qué dificultades le acechan? ¿Qué estrategias se conocen para evaluar e intervenir esas dificultades a edades tempranas?

Son cuestiones que obtienen una eficaz respuesta en este libro, el séptimo de su autor en este campo, que está escrito con un lenguaje claro, sencillo y directo, con la intención de proporcionar a padres, educadores, profesionales y futuros docentes las herramientas imprescindibles, no ya para conocer los trastornos lingüísticos más típicos de la edad infantil, sino para ilustrar acerca de cuáles son las estrategias más pertinentes para aminorarlos y/o eliminarlos.

- ✔ **Ayude a sus niños a desarrollar de forma óptima su lenguaje**
- ✔ **Identifique las dificultades que se les presentan**
- ✔ **Casos prácticos**

José Luis **Gallego** Ortega

Profesor Titular en el área de Didáctica y Organización Escolar de la Universidad de Granada. Maestro de Educación Especial y Lgopeda, Asesor de Formación del Profesorado y Doctor en Pedagogía, ha desarrollado su actividad profesional, principalmente, en el campo de la Educación Especial (logopedia) y la Formación del Profesorado. Sus trabajos se centran en temas relacionados con la Educación Especial y las patologías del lenguaje, siendo autor y coautor de distintos textos especializados y artículos en diferentes revistas. Entre sus publicaciones se incluyen: *Manual de logopedia escolar* (1993), *Calidad en la intervención logopédica: estudio de casos* (1999), *Dificultades de la articulación en el lenguaje infantil* (2000), *La Tartamudez: guía para profesionales y padres* (2001), *Atención logopédica al alumnado con dificultades en el lenguaje oral* (2005), *Enciclopedia temática de logopedia* (2006).

ediciones de la U

E-learning en:
www.aprendizajeenlinea.com
Contenidos libres en:
www.edicionesdelau.com

ISBN 978-958-762-396-3