

**Universidad Internacional de La Rioja
Facultad de Educación**

Estado de la cuestión: los trastornos del habla en los primeros años de edad.

Trabajo fin de grado presentado por:	Jesús Calavia Traín
Titulación:	Educación Infantil
Línea de investigación:	Estado de la cuestión
Director/a:	Alfonso Castillo Rodríguez

Ciudad: Zaragoza

Firmado por: Jesús Calavia Traín

CATEGORÍA TESAURO: 1.2.3 Niveles educativos

AGRADECIMIENTOS

"Mi agradecimiento a cuantas personas han hecho posible la realización del presente trabajo con cita especial de don Alfonso Castillo Rodríguez (profesor de la Universidad Internacional de La Rioja y director del presente trabajo final de grado) porque con sus exigencias pedagógicas, supo despertar en mi el espíritu de superación."

Cortesía y bien hablar, cien puertas nos abrirán.
(Anónimo)

RESUMEN Y PALABRAS CLAVE

En este trabajo de fin de grado se van a esclarecer algunos aspectos referidos a los trastornos del habla.

En este sentido, se pretende ofrecer una información detallada de este fenómeno, que cada día es más frecuente en los niños.

En primer lugar, se aportará una explicación de lo que son estos trastornos.

Posteriormente, se llevará a cabo la determinación de los tipos de trastornos: dislalia, disartria, disfemia y disfonía. En cada uno de estos casos, se informa minuciosamente de lo que son estas alteraciones. Para ello, se describen las causas, consecuencias y síntomas de cada uno de los problemas, aportando al final el tratamiento que se debe seguir.

Al mismo tiempo, en este trabajo se busca aportar una serie de líneas de actuación a logopedas, a la familia y al colegio.

Palabras clave: trastornos del habla, dislalia, disartria, disfemia y disfonía.

Índice:

Índice:	4
1. INTRODUCCIÓN.....	6
1.1 PLANTEAMIENTO.....	6
1.2 OBJETIVO GENERAL:	6
1.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:	6
2. MARCO TEÓRICO	7
2. 1. Los trastornos del habla.....	7
2.2 Tipos de trastornos del habla	7
2.2.1 <i>DISLALIA</i>	7
2.2.1.1 <i>Frecuencia</i>	9
2.2.1.2 <i>Clasificación</i>	10
2. 2.1.2.1 <i>Dislalia funcional</i>	12
2.2.1.2.2 <i>Dislalia orgánica</i>	23
2.2.2 <i>Disartria</i>	24
2.2.2.1 <i>¿Qué hacer ante un caso de disartria?</i>	26
2.2.3 <i>Tartamudez o disfemia.</i>	29
2.2.3.1 <i>Frecuencia</i>	30
2.2.3.2 <i>Características de la tartamudez infantil</i>	30
2.2.3.3 <i>Origen</i>	32
2.2.3.4 <i>Evolución del problema</i>	32
2.2.3.5 <i>Evaluación de la tartamudez</i>	33
2.2.3.6 <i>Tratamiento</i>	37
2.2.4 <i>Disfonía</i>	40
2.2.4.1 <i>Características del tratamiento logopédico de la disfonía infantil</i>	41
2.2.4.2 <i>Áreas de intervención logopédica</i>	42
2.2.4.3 <i>Recomendaciones para el colegio</i>	43
2.2.4.4 <i>Entorno comunicativo del niño</i>	43

2.2.4.5 Higiene corporal.....	44
2.2.4.6 Postura corporal correcta	44
2.2.4.7 Correcto uso de la voz hablada.....	44
2.2.4.8 Entrenamiento auditivo	45
2.2.4.9 ¿Por qué es importante utilizar la voz cantada en estos casos?.....	46
2.2.4.10 Recomendaciones para las familias que tienen niños con disfonía.....	46
3. CONCLUSIONES.....	48
4. PROSPECTIVA	49
5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	50
6. BIBLIOGRAFÍA.....	52

1. INTRODUCCIÓN

1.1 PLANTEAMIENTO

Este trabajo ha sido elegido porque la atención a la diversidad cada día cobra más importancia en la sociedad. Desafortunadamente, muchas personas involucradas en la educación de los niños (docentes, familias, logopedas, etc.) carecen de información suficiente ante casos de niños con problemas. Por ello, se busca profundizar en este trabajo, una parte de la atención a la diversidad como son los trastornos del habla, y, de esta manera, que estas personas involucradas, puedan tener más información ante las alteraciones que se presentan, adquiriendo un profundo conocimiento de las causas, síntomas, características y, sobre todo, del tratamiento qué hay que llevar a cabo en cada trastorno.

1.2 OBJETIVO GENERAL:

- Reconocer los trastornos del habla y tomar conciencia de la forma en la que hay que tratarlos.

1.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Conocer las características de los trastornos del habla.
- Favorecer una información detallada de la dislalia, disartria, disfemia y disfonía.
- Ofrecer líneas de actuación a las personas involucradas en la educación de los niños que sufren estos problemas (logopedas, maestros y familiares).
- Recopilar información existente para que los maestros tengan un dossier adecuado de cómo actuar.

1.4 HIPÓTESIS:

Está demostrado que cuanto antes se reconozcan los problemas evolutivos de los niños, mejor evolución tendrán ya que habrá más tiempo de intervención. Por lo tanto, será fundamental que todas las personas del ámbito educativo y familiar, observen aquellas dificultades que puedan aparecer en estos primeros años de edad.

2. MARCO TEÓRICO

2. 1. Los trastornos del habla

Los trastornos del habla son alteraciones que imposibilitan pronunciar y producir sonidos correctamente. Las personas afectadas por este trastorno se caracterizan por añadir sonidos que no tendrían que formar parte de la palabra, realizar una articulación irregular, omitir fonemas que tendrían que estar presentes en la palabra y por sustituir unos sonidos por otros a la hora de hablar. Además, cuentan con nivel de inteligibilidad bajo, lo que supone que tengan que utilizar muchos recursos (como por ejemplo, gestos) para poder comunicarse de forma adecuada. Estas dificultades que presente el niño para comunicarse correctamente, conllevan consecuencias muy negativas para él, haciendo que disminuya su capacidad para relacionarse con los demás y no siendo visto por sus compañeros de igual manera que el resto (**Aguado, 2004**).

Por otro lado, este tipo de niños tiene un nivel cognitivo bajo para aprender las secuencias de sonidos que forman las palabras, y relacionarlas con las continuas repeticiones y exposiciones a ellas, para ser capaces de recordarlas en el momento en el que el hablante las pronuncie.

Por todo esto, en aquellos niños que sufran algún tipo de trastorno del habla, será fundamental realizar un estudio, identificar el trastorno que existe, evaluarlo e intervenir lo antes posible, para que puedan llevar un ritmo académico adecuado y que sean capaces de interactuar con la sociedad de la misma manera que los demás.

2.2 Tipos de trastornos del habla

En este trabajo se van a explicar cuatro tipos de trastornos: dislalia, disartria, disfemia y disfonía.

2.2.1 DISLALIA

La dislalia es un tipo de trastorno del habla que supone una alteración en la pronunciación. Es la alteración más frecuente entre los escolares. Puede tener su causa y efecto en las anomalías oclusales y estructurales que afectan la habilidad articulatoria (**Harvold, 1972**)

Algunos autores como **Regal (1984)**, señalan que el concepto de dislalia no ha existido siempre. Durante mucho tiempo se agrupaban los trastornos de la pronunciación bajo el nombre de dislalia. **Schulter (1830)** empezó a utilizar el término de dislalia para distinguirlo de la alalia (sin lenguaje) y posteriormente, los estudios llevados a cabo por diferentes autores como **Kussmaul (1879)**, **Berkan (1892)**, **Gutzman (1927)**, **Liebmann (1924)** y **Froschels (1928)**, entre otros, hicieron posible el significado que se conserva hoy.

Pascual García (1988) dice que en los años 80 del siglo anterior algunos autores trataron de clasificar este trastorno teniendo en cuenta la existencia de dislalias orgánicas y funcionales. **Yanela Jiménez (1994)** comenta que a principios del siglo XX, autores soviéticos intentaron explicar la aparición de la dislalia sobre bases de trastornos auditivos de carácter periférico por un lado, y con alteración en la función de los órganos por otro. **Regal (1984)** afirma que las dislalias son trastornos de la articulación de la palabra, causadas por las alteraciones de los órganos periféricos que la producen sin daño neurológico; las clasifica en orgánicas a consecuencia de lesiones anatómicas en los órganos articulatorios y funcionales, cuya causa viene dada por una mala coordinación muscular ocasionada por factores etiológicos diferentes.

Otros muchos autores también han definidos este concepto tan importante:

- *"Sustitución anormal, distorsión, inserción u omisión de los sonidos del habla"*. (**Van Ripper (1974)**)
- *"Articulación defectuosa debida a aprendizaje defectuoso o anormalidad de los órganos externos del habla, y no debido a lesiones del sistema nervioso central"*. (**Edward Travis, 1980**)
- *"Los problemas de articulación "dislalias" consisten en la sustitución anormal, distorsión, inserción u omisión de los sonidos del habla"*. (**Van Ripper citado en Barros y Flores, 1974**).
- *"Trastorno funcional permanente de la emisión de un fonema sin que exista causa sensorial ni motriz a dicho fenómeno, en un sujeto mayor de 4 años (antes es normal que el niño tenga dificultades con los fonemas más complejos)"* (**Confort, 2001**).
- *"La incapacidad de pronunciar bien ciertos fonemas; es decir, colocar los órganos fonatorios en la posición correcta."* (**Cordero y Quantin, citado en Barros y Flores, 1974**).

2.2.1.1 Frecuencia

Las dislalias son muy habituales en la infancia, en especial en los primeros años escolares. Después con la enseñanza desaparecen rápidamente.

Sheridan (1946), realizó una investigación de 3.800 escolares ingleses en 1946, en la cual halló lo siguiente: el 26% de niñas y el 34% de niños de 5 años presentaban dislalias. A los 8 años de edad estos porcentajes habían disminuido a 15% y 16% respectivamente. En niños de 12 años de edad las dislalias eran prácticamente inexistentes, con excepción de los hipoacúsicos o retrasados mentales, ocasionalmente al articular la / s / y la / r /. Distintos datos presenta **Morley (1957)**, el cual dice que el 27% de los niños de 4 años tienen dislalia de / s / y / r / ; este porcentaje varía en los niños de 5 años que se da en un 22%, mientras que en los de 6 años y medio sólo está presente en el 4%. En el resto de dislalias los porcentajes que indican la presencia de este trastorno fueron: 7 %, 6 % y 2%. en las edades de 4, 5 y 6 años y medio respectivamente.

Por su parte, **Conoretto (1960)** afirma que 1,25% de los 11.782 niños escolares de la provincia de Udina, Italia, sufre dislalia. También nombra que el 0,86% de estos escolares padecen rinolalias, siendo la mayoría de ellas cerradas. Sin embargo, para **Dewese (1960)**, las dislalias componen del 50 al 70% de las afecciones presentes en un departamento de Foniatría.

En Egipto, **Kotby (1979)** afirma que el 1,14% de pacientes en su Servicio de Foniatría padecen dislalias, teniendo una mayor presencia en el sexo masculino. Las más frecuentes son el sigmatismo y el rotacismo.

Podemos ver más casos de dislalia en la juventud y en la niñez que en los adultos; son más frecuentes en las palabras largas y abundan más en las fricativas posteriores.

El sexo masculino se ve más afectado por este trastorno que el femenino, concretamente se presenta en el 77%. El defecto no tiene relación con la clase social en el que se encuentra el niño antes de los cinco años, pero luego sí. Es decir, no hay una mayor presencia de dislalias en las clases sociales bajas. La diferencia es que en estas clases bajas la dislalia suele durar más. Por el contrario, en las clases altas hay un mayor interés por corregir el trastorno.

Simpson (1968) realiza un estudio en el que toma una muestra de 2.019 niños. En él recoge que un 12,4% sufre dislalia ligera y un 3% tiene una dislalia muy manifiesta. Además, **Griffith (1976)** sostiene que el rotacismo es la dislalia más habitual y **Vladisavljevic (1965)** descubre más dislalias en los fonemas fricativos y nunca en las vocales.

Finalmente, **Panagos (1982)** afirma que el 84% de las dislalias son consecuencia de una incorrecta movilidad de la lengua y que solamente en el 7% de los casos los labios son los culpables; únicamente el 9% de los errores vienen representados por las vocales; las sustituciones de fonemas constituyen el 67%, las omisiones el 23% y las distorsiones el 10%.

2.2.1.2 Clasificación

Distinguiremos entre dislalia funcional y orgánica.

Todas las consonantes pueden verse afectadas por la dislalia. Nombramos a cada una de éstas añadiendo el sufijo *tismo* o *cismo* al nombre griego del sonido defectuoso. Por ello, llamamos *sigmatismo* a la articulación deficiente del fonema / s /; *gammacismo* al del fonema / g /; *deltacismo* al del fonema / d /. Cuando todas las consonantes se encuentran alteradas, dándose por lo tanto una dislalia generalizada, utilizamos el nombre de *hotentotismo*.

Hay situaciones en las que un fonema es sustituido por otro. En este caso se antepone el prefijo "*para*". Por lo tanto a la sustitución del fonema / l / por cualquier otro fonema le llamaremos "*paralambdacismo*", mientras que la sustitución del fonema / r / recibirá el nombre de "*pararrotacismo*".

Es importante señalar que también podemos encontrarnos ante una dislalia por omisión y ante una dislalia por añadidura. En el primer caso, el individuo deja de pronunciar un fonema de una palabra, mientras que en la segunda situación, se articulan fonemas entre las sílabas que no corresponden a la palabra.

Llamamos dislalia afín a la incorrecta articulación que se presenta en el conjunto de fonemas que tienen el mismo punto o modo de articulación. Es decir, una pronunciación

indebida de los fonemas fricativos, o una articulación deficiente de los fonemas áptico-alveolares, etc.

Para **Mohring**, la dislalia presente entre el 33% y 54% de los casos es la / s /, / r/. Entre 17% y 28% la / g /, / k /, / n /, / r / uvular. Mientras que la / b /, / p /, / f /, / d /, / t /, / l / y / n / se hallaría entre un 1% y 11%.

Otra clasificación es realizada por **Moulton (1962)**. En ella diferencia errores fonémicos, fonéticos, alofónicos y distribucionales. Sin embargo, esta clasificación es más adecuada para distinguir los fallos de articulación que se dan al aprender una segunda lengua.

Llamamos dislalia dialectal a la articulación desviada de la norma en una región concreta. El individuo habla una lengua con los modelos fonéticos articulatorios distintos. Este ejemplo de dislalia se da en muchos casos en todas las regiones de España.

Concretamente tiene una gran presencia el seseo y el ceceo, que se da en el sur del país.

También llevan a cabo una clasificación distinta, **Chiba y Tanaka (1976)**. Estos diferencian entre los niños con dislalia que comenzaron a hablar tarde y los que lo hicieron en el tiempo adecuado. Ambos autores consideran que el primer grupo de niños sufren un retraso del sistema nervioso central.

Asimismo nos encontramos con otra clasificación muy generalizada de los defectos de la articulación. En este caso está basada en la letra griega que se pronuncia incorrectamente. Así, podemos diferenciar los siguientes términos:

- Sigmatismo, alteración en la articulación de las consonantes sibilantes.
- Rotacismo, incorrecta articulación de la r.
- Gammacismo, mal articulación de la / g /.
- Lambdacismo, en la l y ll.
- Deltacismo, en la d y t.
- Mitacismo, en las bilabiales.
- Iotacismo, en la j.
- Yeísmo, articulación de la y en lugar de la ll.
- Ceceo, articulación de z en lugar de s.
- Seseo, articulación de s en lugar de z.
- Hotentotismo, mala articulación de todos los fonemas.

- Chinoísmo, sustitución de la r por la l.
- Mofleteo, las fricativas se hacen laterales y hacen vibrar las mejillas.

2. 2.1.2.1 *Dislalia funcional*

Este tipo de dislalia suele desaparecer, en la mayoría de los casos, antes de llegar a la edad escolar. En caso de que perdurara a partir de los 4 años se consideraría como patología, lo que estimularía la posibilidad de que existiera un déficit de inteligencia, de audición o de coordinación motora.

a) Etiología

Gutzman (1956) halla que el 4% de los dislálicos tienen antecedentes familiares.

Podemos ligar un fallo parcial en la exacta imitación de los fonemas oídos a lo largo del veloz aprendizaje de la palabra. Esto se puede achacar a un déficit de paralelismo entre la adquisición psíquica y la habilidad motora. Estos diferenciados modos de articular suelen mantenerse en determinados niños. Para **Guixá**, la dislalia es siempre audiógena, en cuanto a la comprensión auditiva. Por lo tanto, considera este trastorno como un hábito de imitación de fonemas correctamente articulados pero que no son correctamente integrados o analizados.

Podemos afirmar que tiene una mayor presencia en niños intranquilos, que no son constantes o que tienen muy poco interés por aprender cosas nuevas. Además, las madres de estos niños son más arrogantes que las madres de los niños que no padecen dislalia. También se ha considerado este defecto como una posible causa de la debilidad ocasionada por una grave enfermedad o de prolongada duración.

Por último, una mala educación, escasez de cariño o un insuficiente interés hacia el desarrollo lingüístico del niño pueden ser causas que originen trastorno.

Everhart (1963) no ha hallado ninguna correlación entre la dislalia y caminar, hablar, peso, talla, habilidad, lectura normal, conocimientos aritméticos, arrastrarse sentarse y mantener la cabeza erguida.

1. Audición

Algunos autores como **Kostic y cols. (1968)** llevan a cabo un trabajo con niños yugoslavos normoparlantes y dislálicos. Lo que hacen es hacerles pronunciar palabras inglesas. Los niños dislálicos repiten incorrectamente los sonidos, lo que demuestra que cuentan con problemas en la discriminación auditiva. En este aspecto coinciden las investigaciones realizadas por **Cohen y Diehl (1963)**, las cuales demuestran que los niños dislálicos tienen problemas a la hora de discriminar sonidos.

Lo mismo opinan diversos autores como **Prins (1963)**, **Weiner (1967)**, **Haller (1967)**, **Hutchinson (1968)** y **Sommer y cols. (1969)**. En cambio, las investigaciones de **Weiner y Falk (1972)** y las de **McReynolds, Kohn y Williams (1975)** no coinciden con estas afirmaciones. También es de distinta opinión **Siegel (1984)**, ya que realizó unas investigaciones en las que no se demuestra que haya alteraciones de retroalimentación acústica en los niños dislálicos.

Por su parte, **Locke (1969)** señala que los niños que poseen una correcta memoria auditiva y una adecuada estereognosia oral pueden imitar de forma más precisa los sonidos del habla.

2. Causas psicológicas

McAllister (1978) hizo un estudio a un gran grupo de niños con dislalias y pudo ver que en la mayor parte de ellos existe un retraso mental. Muchos de estos niños no empezaron a realizar actividades esenciales como andar, hablar o controlar los esfínteres a su debido tiempo. En la misma línea se sitúa **Everhart (1953)**, que sostiene que los niños con dislalia tienen una inteligencia menor. Sin embargo, dice que no hay relación alguna entre la dislalia y otros aspectos. De diferente opinión es **Simpson (1968)** el cual afirma que no hay ninguna relación entre la dislalia y la inteligencia.

Por su parte, **Susman (1980)** cree que hay varios aspectos que pueden desencadenar la dislalia. Algunos de ellos son la madurez, los bloqueos emocionales o las conductas inestables. De opinión similar son **Waller y cols. (1983)** ya que aprecian una gran cantidad de problemas psicológicos en los niños dislálicos.

Finalmente **Solomon (1961)** aprecia grandes diferencias entre los niños afectados por este trastorno y los niños normales. Dice que estos niños tienen distintas relaciones con sus hermanos, sufren trastornos del sueño, miedos e incluso angustias.

3. Motricidad

Otra causa que puede desencadenar una mala articulación es la alteración en la motricidad. **Gabriel (1976)** llevó a cabo un estudio en el que cogió de muestra 1.106 niños. En él pudo observar como hay una relación entre la dislalia y la torpeza de la lengua. Además afirma que la dislalia se da con mayor frecuencia en los niños que en las niñas. Los pensamientos de **Deuster (1981)** también respaldan esta teoría.

Wethlo (1937) también afirma que la dislalia se da en niños que tienen una escasa habilidad motriz. **Luchsinger (1948)** lo corroboraría años más tarde basándose en una serie de demostraciones.

En la misma línea se sitúan **Palmer y Osborn (1940)**. Estos autores han comprobado que los niños dislálicos tienen menos fuerza muscular en la lengua. Años más tarde, **Sanders (1969)** afirma exactamente lo mismo. Este considera que en este trastorno se da una hipotonía en los músculos linguales. Siguiendo con esta opinión, **Claverance (1972)** no sólo considera que hay una escasa musculatura oral, sino que además, hay una debilidad en la motricidad general y en la sensibilidad propioceptiva. Según **Clarck (1976)** ésta cobra mayor importancia que la audición. Para **Brahm (1950)** el problema radicaría en la falta de motricidad por un lado, y la falsa percepción por otro.

Gutzmann, Stier y Kistler sostienen que la mitad de los dislálicos son zurdos. Por otro lado, en unas investigaciones realizadas por **Arnold (1943), Poikine, Poray y Korschitz** se deduce que los sujetos que padecen dislalia tienen una escasa musicalidad.

Finalmente, **Dickson (1962)** lleva a cabo un estudio en el que coge como muestra un grupo de 30 niños dislálicos y otro grupo de 30 que sufrieron este trastorno pero que ya lo corrigieron. El segundo grupo presenta una habilidad motriz superior que el primer grupo. Sin embargo, la audición discriminativa no presenta diferencias entre los dos grupos.

4. Otras causas que pueden originar la dislalia

Matheny y Bruggemann (1972) realizan un estudio sobre 263 mellizos. Tras la interpretación de los resultados, se dan cuenta de que hay más dislalias que en los demás niños,

Por otro lado, **Putman y Ringel (1976)** creen que un déficit en la sensación oral puede ser un desencadenante de la dislalia. En la misma línea se encuentra **Dworkin (1978)**, ya que considera que los niños con este trastorno no tienen tanta fuerza para la protrusión de la lengua y que cuentan con una menor facultad para ejecutar rápida y sucesivamente ciertos movimientos. De distinta opinión es **Chilla (1978)**. Este especialista realiza una indagación acerca de la capacidad para mover la lengua y de las imperfecciones del habla en el niño. Tras examinar estos aspectos, no consigue establecer una relación entre ambos. Por lo tanto, llega a la conclusión de que tal vez ambas irregularidades sean causadas por alteraciones en el sistema nervioso central.

b) Síntomas

Debemos mantener una conversación con el niño para poder investigar los síntomas que este presenta. En determinadas situaciones es complicado que hablen. Si se diera este caso, el examen sería ineficaz. Por ello debemos motivar al niño, recurriendo a algún tema que sea interesante para él, de modo que podamos conseguir oír su voz y la forma en la que habla. Debemos intentar, que repita las palabras que nosotros le decimos. Si el niño se muestra participativo y cooperativo, deberemos hacer que repite aquellas sílabas que están compuestas por todas las consonantes y la vocal / a /. De esta modo la boca quedará abierta y nosotros podremos analizar correctamente cuál es la posición de su lengua. Una vez que hayamos hecho esto, podremos recurrir a la reproducción de palabras que estén formadas por consonante-vocal-consonante o a la conversación.

Para conseguir una mayor participación del niño es recomendable recurrir a temas que sean interesantes por él. Como por ejemplo su familia, el colegio o las actividades que desempeña en su tiempo libre. Por normal general, estos niños suelen presentar mayores dificultades a la hora de pronunciar fonemas aislados que si se encuentran dentro de palabras.

Debemos realizar una observación del lenguaje receptivo y expresivo. También debemos interesarnos sobre cómo fue el lenguaje en los primeros años de edad. En estos casos, solemos toparnos con situaciones en las que los niños comenzaron a hablar más tarde de lo normal. Esto puede hacernos llegar a la conclusión de que exista una tendencia a padecer alteraciones en el lenguaje que aparecerán más adelante.

En caso de que el niño sea más mayor, tendremos que hacer que lea y dictarle un dictado. Deberemos valorar tanto su movilidad corporal como oral, su masticación, posición dentaria, gestos, etc.

También es muy recomendable, durante el proceso de entrevista con los padres, preguntarles acerca de su psicología y de cómo son las relaciones familiares.

En caso de que considerásemos que hace falta una exploración más íntegra, podríamos ayudarnos de algunos aparatos. En todo caso, esto siempre lo realizaríamos en último lugar ya que así evitamos atemorizar al niño. Lo que sí es de vital importancia es analizar la audiometría del paciente a través de una audiometría.

Por lo general los niños dislálicos se caracterizan por la omisión, sustitución y deformación de los fonemas. La palabra suele ser continuada, aunque en determinadas ocasiones es indescifrable, y el desarrollo del lenguaje no tienen por qué ir con retraso. Por regla general, no se suele apreciar ninguna anomalía en los movimientos de los músculos del habla. La habilidad para repetir sonidos es normal, así como las vocales y los diptongos. No hay presencia de disfonías o ronqueras.

Un aspecto importante en estos casos es que el niño considera que habla correctamente y no es consciente de sus propios fallos. Por su lado, los padres se han habituado a la forma en la que hablan sus hijos y no se percatan del problema.

El sujeto que presenta dislalia, aun siendo adulto, no se da cuenta de su propio trastorno. A veces, no es consciente ni cuando es grabado con un magnetófono. Sin embargo, en multitud de situaciones pueden darse cuenta de otros individuos que sufren dislalia. **Whitacre y cols (1970)** llevaron a cabo una investigación en la que demostraron que los niños dislálicos tienen una menor discriminación para aquellas frases que contienen

fonemas posibles o imposibles. Sin embargo, pueden realizar una imitación adecuada de frases.

La dislalia también puede ser una consecuencia de no haber adquirido las funciones lingüísticas básicas a su debido tiempo. De hecho, hay una gran mayoría de niños con dislalia que comenzaron a hablar más tarde de lo normal (**Arnold 1965**). También hay autores como **Barros y Flores (1970)** que consideran que este trastorno viene dado por la presencia de ciertas alteraciones lingüísticas y que es una consecuencia de las perturbaciones en el lenguaje y en el habla simultáneamente.

c) Pronóstico

¿Los niños que sufren dislalia pueden curarse? La respuesta, en la mayoría de los casos, es sí. Para ello hace falta una edad adecuada, meses de recuperación, una idónea inteligencia y una correcta audición.

Este tipo de trastorno no suele marcharse de forma natural. De hecho cuando se entra en una determinada edad, la dislalia se hace cada vez más pronunciada y el sujeto no puede corregirla sin ayuda externa.

En estos casos el niño que la padece ha de saber que sufre un trastorno para poder poner remedio. Del otro modo, nos encontraríamos ante un grave problema si el niño es consciente de que tiene dislalia y no muestra ningún interés en superarla.

Ante esto, **Sommers (1962)** sostiene que la predicción es más favorable cuando nos encontramos ante niños cuyas madres han recibido una información y son cooperativas durante el tratamiento. También la predicción es más halagüeña ante niños que tienen un elevado cociente intelectual.

Con respecto al número concreto de sesiones para el tratamiento logopédico, **Vuetic (1976)** sostiene que para los sigmatismos serían necesarias 26 sesiones; 12 harían falta para el lambdacismo; 35 para el rotacismo y solamente se necesitarían 8 para el kappacismo.

d) Tratamiento en general

Un niño que sufre dislalia considera que los sonidos que él emite son correctos. Además, tal y como se indica anteriormente, los padres se habitúan a los sonidos que sus hijos emiten, por lo que no se toman las medidas adecuadas. En este aspecto es necesario decirle al niño que no se entiende correctamente algunos sonidos que él produce **Weiner y cols. (1979)**. De esta forma el niño, mostrará una mayor disposición a realizar ejercicios logopédicos. También, al decirle esto, existe la posibilidad de que el niño pueda avergonzarse y mostrar un rechazo hacia la reeducación.

En torno a los cuatro años y medio de edad debemos comenzar con la reeducación logopédica. Si empezamos antes, no obtendremos resultados beneficiosos y además el niño no querrá colaborar con nosotros (lo cual resulta imprescindible para obtener buenos resultados). Las sesiones iniciales han de ser de corta duración, siendo no superiores a 15 minutos.

Se considera que es necesario facilitarle una formación a la madre acerca de la manera en la que debe ayudar a su hijo con dislalia. Si proporcionamos una formación adecuada, conseguiremos una recuperación más eficaz y más rápida. **Earnest (1959)**.

En el caso de que hubiera distintas dislalias al mismo tiempo, **McCrosky y Baird (1979)** afirman que es más recomendable sincronizar la reeducación de éstas, dedicando un corto espacio a cada una. De esta forma ganaríamos tiempo y sería un proceso más dinámico y ameno para el niño. En la medida de lo posible, es necesario contraponer los rasgos articulatorios (por ejemplo, trabajar una fricativa y una oclusiva).

Al igual que otros muchos autores, **Costello y Potter (1983)** afirman que si los padres muestran una actitud participativa en el tratamiento de sus hijos, el proceso es más eficaz y más corto.

Un error generalizado es pensar que la reeducación de una dislalia tiene que corregir un fonema que se pronuncia incorrectamente. En esto no consiste la reeducación, lo que esta buscar es enseñarlo de nuevo. Por lo tanto, en primer lugar, el niño debe de ignorar la forma en la que se articula un fonema no emitido correctamente. Cuando haya logrado este paso, deberá aprender a emitirlo de forma eficaz. Este proceso consta de una serie

de fases a las que se deberá enfrentar el niño. Estas fases son: habituación, facilitación, asociación y utilización.

Es necesario comenzar en primer instante eliminando el defecto (**Quirós, 1970**). Posteriormente hay que crear imágenes auditivas, diferenciar entre lo que está bien de lo que está mal, aprender la correcta articulación, trabajar la práctica negativa y, en último lugar, introducir los conocimientos adquiridos en el habla corriente. Una vez que hayamos llevado a cabo todo este proceso podremos suprimir los procesos neurofisiológicos. En este aspecto, y tal y como afirman **Kronvall y Diehl (1954)**, para superar una dislalia resulta imprescindible trabajar la discriminación auditiva.

Por su parte, **Ferrier y Davis (1973)** creen que es más aconsejable enseñar palabras enteras que simplemente fonemas separados. Por lo tanto, deberíamos enseñar palabras que fueran desconocidas para el niño y en las cuales estuvieran presentes aquellos fonemas que queremos que él adquiriera.

Según **Haas (1968)** es necesario enseñar al niño la forma en la que se debe articular correctamente antes de explicarle los sonidos fonéticos.

Para **Seeman (1970)**, al igual que otros muchos autores, lo primero que hay que hacer es explicarle el sonido nuevo al niño y no realizarle correcciones en los sonidos que transmite.

Debemos trabajar con el niño la agilidad de los órganos que intervienen en la articulación. Este tratamiento se basa en enseñar al sujeto cuáles son los movimientos adecuados, así como la posición de los órganos de la articulación. Para eso, utilizaremos ejercicios en los que nos colocaremos enfrente del espejo. También podemos utilizar espátulas y sondas, guialenguas, etc.

También será de gran ayuda que el logopeda combine la adecuada pronunciación del fonema con la dislalia que emite el niño. De este modo, el paciente podrá escuchar la diferencia entre un sonido y otro y señalarlo. Además, de esta manera trabajaremos la discriminación auditiva del niño, la cual tiene una gran importancia.

Es importante que el niño sepa imitar de manera rápida y eficaz la posición de los órganos activos que están presentes en la articulación.

Inicialmente, debemos utilizar un elemento fonético normal para poder alcanzar otro análogo. Por ejemplo, si el niño pronuncia la / p / y no la / b /, comenzaremos haciéndole articular la / a / larga y en ese momento le colocaremos los labios como la / p / . La vibración de la /a/ nos permitirá obtener la / p / sonora, es decir, la /b/,etc.

Otra norma que debemos seguir es hacer articular los fonemas aislados comenzando siempre por los fonemas sordos, más sencillos de ejecutar por tener un mecanismo menos complejo.

No debemos persistir en la enseñanza de un fonema cuando en los intentos haya sonidos no deseados. Debemos esperar hasta que un día se produzca en el transcurso de la rehabilitación. Tampoco debemos dar por bueno un fonema que no suene correctamente. Obtendremos mejores resultados si empezamos la corrección por el mayor número posible de articulaciones al mismo tiempo.

En los ejercicios de lectura tenemos que tener cuidado de que el niño silabee o corte la oración de una manera fonética y no en función de la escritura.

Si pasamos por una serie de fases para el aprendizaje de un movimiento, el proceso será más sencillo. En primer lugar, el niño ha de observar con atención el movimiento de articulación que le enseña el logopedista.

Posteriormente, se llevarán a cabo una serie de movimiento pasivos de lengua, labios y, en la medida de lo posible, de velo. Para estos movimientos utilizaremos el guialenguas. También nos pueden servir de gran ayuda, y tal vez ser menos inquietantes para el niño, los caramelos incluidos en un extremo de una barrita de madera. Para recompensar al niño, se le pueden dar al acabar la sesión, para que termine de comérselos, siempre y cuando haya trabajado correctamente. Estos caramelos, tienen el inconveniente de que algunas posiciones de la lengua no pueden ser conseguidas con ellos y que muchos caramelos pueden ocasionar caries dentaria.

En tercer lugar, el niño examinará y comparará los movimientos que él hace con los del logopeda a través de un espejo.

En cuarto lugar, se practicarán estímulos táctiles en el músculo que tiene que contraerse, por medio de un suave masaje o percusión rítmica.

Finalmente se efectuarán los movimientos activos de los órganos de la articulación.

Para poder movilizar la lengua del niño podemos explicarle que su boca es una habitación, mientras que su lengua es una escoba. Por lo tanto, debemos comunicarle que con la escoba debe limpiar los rincones, barrer el suelo, sacudir la alfombra, etc.

Para el movimiento de los labios haremos unas caretas con cartón. En ellas dibujaremos la forma que tiene la boca en una vocal dada. Cada niño dispondrá de la careta con una vocal. En el momento en que se ponga la careta, el resto de niños de la clase tiene que imitar esa forma y emitir el sonido de la vocal que corresponde.

Horita (1971), sitúa pedazos de oblea en el paladar o en la lengua con el propósito de dar a ésta unos puntos de referencia del movimiento correcto y **Segal (1980)** usa juegos simbólicos para atraer al niño.

Con respecto a cuál es la edad correcta para corregir las dislalias, hay un profundo debate. Podemos señalar que el comienzo de la reeducación se situaría en torno a los 6 años de edad. Esto es debido a que a esta edad el niño madura neurosensorialmente y motrizmente aprendiendo al mismo tiempo a eliminar los errores en la articulación.

Además, según **Heese (1961)**, el nacimiento de los dientes definitivos no supone ningún problema. Cabe destacar que el niño con menos de 5 años de edad no colabora demasiado en la reeducación puesto que está es cargante y pesada para ellos. Por ello, la logopedia en la mayor parte de las ocasiones resulta una pérdida de dinero y tiempo. Si el niño no cuenta con una articulación normal a los seis años, la dislalia durará a lo largo de toda su vida. Por ello, hay que empezar con la logopedia.

e) Dislalias particulares

Se podría hablar de todas y cada una de las dificultades a la hora de articular los fonemas. Sin embargo, aquí se recogen algunas de las dificultades en la pronunciación de los fonemas más corrientes.

- *Defectos del fonema / a /*: la /a/ se emite de forma ahogada como consecuencia de haber una excesiva estrechez entre la base de la lengua y la pared posterior de la faringe.

Para corregir este error, debemos enseñarle al alumno la adecuada posición de la lengua. Deberemos hacerle pronunciar en varias ocasiones /0a/. De esta manera haremos que el niño adelante la lengua.

- *Defectos del fonema / e /*: en algunas ocasiones los niños dislálicos bajan la base de la lengua y no tocan el paladar. Esto hace que se emita un sonido similar a la /a/.

Para ello, tendremos que utilizar el guialenguas. Con este utensilio palparemos aquellas partes del paladar en las cuales hay que asentar los bordes de la lengua.

- *Defectos del fonemas / i /*: en algunas situaciones este fonema puede emitirse nasalizado como consecuencia de una bajada del velo del paladar.

Para corregir este defecto haremos que el sujeto sople intensamente alternando con la /i/. También haremos que pronuncie repetidamente /ti-ti-ti-ti/ o /pi-pi-pi-pi/.

- *Defectos del fonema / o /*: hay veces en las que para articular este fonema se abre la boca más de lo necesario, llegando a considerarse una / a /.

Para corregirlo, hay que aproximar los maxilares y los labios, así como redondear correctamente la abertura bocal.

- *Defectos del fonema / u /*: en algunas ocasiones la u se emite de forma nasal como consecuencia de una corta elevación del velo palatino.

Para corregirlo, se relaciona el fonema / u / con el fonema / a / haciendo pronunciar /pu/. Cada vocal deberá ser realizada con un golpe de glotis.

- *Defectos del fonema / s /*: la pronunciación errónea de este fonema recibe el nombre de sigmatismo.

La curación de esta anomalía suele ser conseguida si se sigue un correcto tratamiento. En estos casos el tiempo para superar el problema suele ser de unas 15 sesiones aproximadamente. Es muy recomendable que los niños sean atendidos antes de iniciar la etapa escolar. Además aspectos como la constancia o la inteligencia también juegan un papel importante en estos tratamientos.

Para estos casos es mejor enseñar al niño un sonido que sea totalmente desconocido para él. Tendremos más posibilidad de éxito si hacemos esto que si tratamos de corregir su pronunciación. Podemos valernos de distintos materiales, como por ejemplo del magnetófono.

- *Defectos del fonema / r /:* reciben el nombre de rotacismo y se dan con mucha facilidad ya que este sonido es el más complicado de articular.

Al igual que en los sigmatismo, la capacidad de esfuerzo del paciente, su inteligencia y su grado de involucración en el tratamiento serán aspectos fundamentales para obtener mejores resultados. Necesitaremos varias sesiones para poder superar el problema.

2.2.1.2.2 *Dislalia orgánica*

Es más conocida con el nombre de disglosia. Se origina en el momento en el que tiene lugar una lesión como consecuencia de una alteración de los órganos periféricos del habla.

Dentro de la disglosia podemos distinguir:

- *Disglosia labial:* en este caso los problemas a la hora de realizar una correcta pronunciación son consecuencia de una alteración en la forma, movilidad o fuerza de los labios.

- *Disglosia mandibular:* en este caso las dificultades a la hora de articular vienen dadas por una alteración en la forma de los maxilares (ya sea solo en uno o en ambos).

- *Disglosia lingual:* dificultad a la hora de realizar una correcta pronunciación debido a una alteración orgánica de la lengua que influye negativamente en la rapidez y precisión de los movimientos de la lengua.

- *Disglosia palatina:* conlleva problemas a la hora de articular los fonemas como consecuencia de una alteración orgánica del paladar óseo o del velo del paladar.

- *Disglosia dental:* origina problemas a la hora de pronunciar debido a una mala posición, forma o presencia de los dientes.

2.2.2 Disartria

Comúnmente podríamos definir disartria como una alteración en el habla de origen neurológico. En este tipo de trastorno la lengua tiende a estar afectada, siendo este órgano el elemento más importante a la hora de pronunciar los sonidos. Por ello, este trastorno afecta a la capacidad del individuo para comunicarse correctamente con las demás personas de su entorno.

"La disartria es un término que se define como un trastorno de la articulación de los fonemas que es consecuencia de lesiones de las zonas del sistema nervioso central que gobiernan los músculos de los órganos fonatorios." (Perelló, 1990)

"Se trata de una alteración de la articulación propia de lesiones en el sistema nervioso central, así como de enfermedades de los nervios o de los músculos de la lengua, faringe y laringe responsables del habla." (Gallardo y Gallego, 1995)

"Dificultad de la expresión oral del lenguaje, debido a trastornos del tono y del movimiento de los músculos fonatorios, secundarios a lesiones del sistema nervioso." (Alajouanine, 1956)

Weir y cols (2005) la consideran como una alteración en la pronunciación de los sonidos emitidos a la hora de hablar, como consecuencia de una afectación neurológica en los nervios craneales y en los núcleos del encéfalo.

Para **Duffy (2005)** este trastorno estaría incluido en las alteraciones motrices del habla, considerándolo el más frecuente ya que constituye aproximadamente el 50% de los casos. Además, considera que la disartria se presenta como una estimulación irregular de los músculos que componen las cavidades oral, faríngea y laríngea, desencadenando una incorrecta pronunciación de los sonidos, afectando también a la fonación, respiración y prosodia.

Puyuelo, Rondal y Wiig (2000) afirman que este trastorno origina hipernasalidad o rinolalia. También creen que se encuentra afectada la motricidad facial, lo que ocasiona que algunos sonidos lingüísticos no sean emitidos correctamente.

Para **Duffy (2005)** hay seis tipos de disartrias: flácida, espástica, atóxica, hipocinética, hipercinética y mixta.

Sin embargo, para **Theodoros, Murdoch y Chenery (1994)** son cuatro los tipos que podemos distinguir:

- La disartria flácida: daña los reflejos y la tensión muscular. Además origina hipernasalidad, monotonía en el habla y disminuye notablemente la capacidad fonatoria y la resonancia.

- La disartria espástica: como consecuencia de este tipo de disartria se produce una debilitación de los músculos que afectan a los mecanismos que intervienen en la respiración, fonación, prosodia y articulación. Origina una mala pronunciación, mono- tono y mono- volumen, una reducción del énfasis tónico y una voz áspera.

- La disartria atóxica: desencadena irregularidades en competencias neurológicas elementales como pueden ser el equilibrio o la coordinación. Los individuos que sufren este trastorno tienen bajo tono muscular y son imprecisos a la hora de realizar movimientos relacionados con la articulación, fonación y prosodia. Una característica propia de esta disartria es el énfasis tónico excesivo o monótono, la pobre calidad de voz o la emisión incorrecta de las vocales.

- La disartria hipocinética: origina temblores en situaciones de calma, rigidez muscular e irregularidades en la fonación, articulación y prosodia.

Se han realizado varios estudios acerca de las distintas consecuencias que tienen en el habla los diferentes tipos de disartrias. Estas consecuencias pueden ser clasificadas en efectos sobre la articulación segmental y los efectos sobre la articulación suprasegmental. En los efectos sobre la articulación segmental nos encontramos con la falta de precisión en las consonantes, las pausas en la articulación y las rinolalias. Por otro lado, en los efectos sobre la articulación suprasegmental se sitúa la monotonía, la hipernasalidad, las paradas demasiado largas a la hora de pronunciar sonidos y un exagerado énfasis en la acentuación.

Dentro de las disartrias podemos diferenciar dos tipos de síntomas. El primero de ellos hace referencia a la esfera del habla, mientras que el segundo se refiere a las áreas neurológica y neuropsicológica. Es importante señalar que ante un sujeto que sufra este trastorno, para llevar a cabo un buen proceso de rehabilitación, deberemos empezar con

un examen neurológico, una evaluación neuropsicológica, una exploración foniátrica, y para finalizar, tendremos que realizar una exploración de los procesos motores del habla.

Dworkin (1991 y Cummings (2008) consideran que una evaluación clínica de este trastorno ha de abarcar estos aspectos: evaluación del habla, de la voz, de la motricidad de la laringe, de la motricidad oral y de las tareas ligadas a esta (succión, masticación, deglución) de la motricidad facial y de la coordinación de la respiración con la fonación.

Melle (2007) sostiene que para intervenir correctamente en este trastorno del habla primero habría que actuar sobre la motricidad oral y facial y las funciones deglutorias y respiratorias, con el objetivo de potenciar las facultades musculares, para posteriormente recurrir a la intervención fonética, utilizando por encima de todo ejercicios que contengan unos guías motores relacionados con sistemas de articulación de los segmentos consonantes que se hayan alterados. Este autor habla de los numerosos beneficios que podemos obtener a partir de la fonética acústica. Esto nos permite tener un recurso más que puede ser combinado con los conocimientos lingüísticos.

2.2.2.1 ¿Qué hacer ante un caso de disartria?

Algunos autores como **Yorkston y cols. (1996)** o **Worrall (2000)** consideran que la mejor manera de intervenir ante este trastorno, es siguiendo el marco conceptual de salud realizado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), debido a que presenta una perspectiva multidimensional e integradora de la persona y de las consecuencias que la disartria puede suponer en su vida cotidiana.

La OMS utiliza estos conceptos para explicar cualquier enfermedad y sus consecuencias: deficiencia, limitación (problemas de una persona a la hora de hacer una actividad) y restricción en la participación. Si trasladamos este marco conceptual a la disartria, podemos entender que:

- La deficiencia estructural- corporal: afectaría a las perturbaciones de los músculos que intervienen a la hora de hablar. Esto provoca problemas en la articulación, fonación, respiración y resonancia.
- La deficiencia funcional: es consecuencia de la imperfección en la estructura corporal, lo que origina, entre otras cosas, una disminución de la inteligibilidad.

- La limitación en la actividad supone una disminución de la capacidad comunicativa en contextos físicos o sociales.
- La restricción en la participación son obstáculos que no permiten una evolución normal en contextos educativos, sociales y laborales.

Por consiguiente, todo programa cuyo objetivo sea intervenir en la mejora de la disartria no deberá olvidar ninguno de estos cuatro puntos. Este programa de intervención deberá prestar atención a aquellos aspectos que limiten al niño producir el habla correctamente, o no realizar actividades cotidianas. En definitiva, todo aquello que le impida desempeñar una vida diaria normal (**Yorkston, y cols., 1996; Theorodos y cols., 2001**).

Este programa de intervención no sólo será llevado a cabo por el logopeda, sino que también intervendrán otros especialistas como maestros, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales, etc. Asimismo, no se deberá utilizar un programa ya establecido, si no que este se deberá adecuar, en lo máximo de las posibilidades, a las características del sujeto.

Será labor del logopeda estudiar todos aquellos aspectos que permitan decidir cuál es el momento más adecuado para iniciar el tratamiento. Por lo tanto deberá tener en cuenta lo siguiente: situación médica del sujeto, capacidad intelectual y lingüística, grado de motivación y la situación económica (**Rosenbek y LaPointe, 1991**).

Cuando se llegue a la conclusión de que va a ser beneficioso para el paciente utilizar un programa de intervención, se decidirá qué líneas de actuación se deben seguir. **Cannito y Marquardt (1997)** consideran que es fundamental apreciar la gravedad del problema para establecer estas líneas. Lo que se busca es mejorar la inteligibilidad del individuo, para que desaparezcan esos problemas de comunicación.

Para mejorar las deficiencias de la estructura corporal habrá que trabajar la respiración, fonación, articulación y resonancia. Hay autores que opinan de distinta manera en el orden en el que tienen que ser trabajados estos cuatro aspectos. **Dworkin (1991)** considera que la respiración y la resonancia deben ser trabajados en primer lugar, dejando en un segundo plano a la fonación y en un tercero a la articulación. Por su parte, **Duffy (1995)**, considera que en primer lugar hay que trabajar aquellas imperfecciones con

las que se alcanzarían más beneficios de manera más rápida o aquellas que facilitarían una mayor probabilidad de mejorar en las demás deficiencias. Un ejemplo de ello sería que el perfeccionamiento de la resonancia, supondría un avance más rápido de la articulación y de la inteligibilidad.

Con respecto a las deficiencias funcionales, el objetivo fundamental será mejorar la inteligibilidad, la prosodia y la tasa de habla.

En cuanto a las limitaciones en la actividad comunicativa, habrá que incidir en la manera en la que se comunican las personas que intervienen en el diálogo. Por lo tanto, habrá que centrar el interés en la actitud del hablante y del interlocutor, creando un contexto adecuado para el desarrollo del diálogo.

Finalmente, para las restricciones en la participación, **Hustad (1999)** señala cuatro tipos de barreras sociales que pueden impedir la participación: barreras políticas, prácticas, actitudinales y del conocimiento.

En cuanto se decidan las líneas de intervención para cada caso determinado, habrá que preguntarse otras cuestiones de gran relevancia: duración, intensidad, dificultad de las tareas, forma en la que desarrollarán las sesiones y técnicas a utilizar.

Duffy (1995) afirma que antes de empezar cualquier programa hay que tener claro cuánto va a durar. Establecer el tiempo que nos va a costar alcanzar los objetivos dependerá de muchos factores (gravedad del problema, progresión del tratamiento, motivación del niño, etc.).

A la hora de decidir la intensidad habrá que considerar el desarrollo intelectual del niño, la temporalización o su equilibrio médico.

Para la manera en la que se desarrollarán las sesiones, habrá que decidir si se llevarán a cabo de forma individual, grupal o mixta.

Por otro lado, para establecer la complejidad de las tareas se utilizará una evolución progresiva. Primero, se empezará por tareas en las que el niño deberá esforzarse para

realizarlas de forma eficaz (dificultad media). Posteriormente se introducirán actividades en las que tal vez el paciente no pueda siempre hacerlas correctamente (dificultad alta). Se terminarán con ejercicios más sencillos (nivel de exigencia bajo) para asegurar que el sujeto las realice con éxito.

Finalmente, el logopeda deberá decidir qué técnicas son las más apropiadas. Para ello, será fundamental que el profesional tenga un buen conocimiento de las distintas técnicas que se pueden utilizar. Se hace indispensable que el especialista esté en continua formación.

2.2.3 Tartamudez o disfemia.

Este trastorno es un impedimento para el niño a la hora de expresarse. De hecho, supone para él un gran obstáculo para comunicar sus intereses, para decir cómo se siente o para establecer relaciones sociales con los demás. Por todo esto, la tartamudez complica considerablemente su vida diaria.

Desafortunadamente, debido a esta patología, el niño va viviendo una serie de experiencias negativas a la hora de expresarse, lo que le ocasiona no querer hablar o tener que esforzarse demasiado para hacerlo. Estas dificultades para hablar hacen que el niño se sienta frustrado.

Lógicamente este trastorno supone una gran preocupación para los padres. El problema es que, en multitud de ocasiones, los profesionales no siempre recomiendan realizar una evaluación a los niños, sino que se prefiere optar por esperar. Esto puede tener consecuencias muy negativas ya que es mejor intervenir en el trastorno cuanto antes. A medida que va pasando el tiempo, los efectos a largo plazo resultan muy perjudiciales tanto para la comunicación, como para la vida social y emocional del niño y de los padres. Esta patología suele presentarse entre los 2 años y medio y los 4 años de edad. La tartamudez origina que se produzca una interrupción en la fluidez del habla con una constancia fuera de lo normal.

Esta falta de fluidez puede ir representada con repeticiones de sonidos, palabras o frases, prolongaciones o bloqueos. Los bloqueos suelen ser muy característicos y se dan cuando la incorrecta emisión del habla producida por el niño, va acompañada de un esfuerzo para

poder pronunciar correctamente. Esto desencadena una frustración en el niño ya que se da cuenta de que no puede emitir correctamente lo que quiere expresar.

Es importante destacar que los niños con este trastorno no tienen esta dificultad a la hora de hablar en todas las situaciones, sino que puede darse en momentos donde el niño tenga más problemas para comunicarse. También es posible que al niño no se le presente la patología durante unos días y que posteriormente se le vuelva a aparecer.

La falta de fluidez en el habla podrá ser una consecuencia de la persona con la que se esté hablando, del tema que se esté tratando o del contexto en el que se encuentra el niño. Por el contrario, la falta de fluidez podrá desaparecer si el sujeto se encuentra calmado, habla despacio o silabea.

2.2.3.1 Frecuencia

Andrews y Harris (1964) e Inghram (1984) aseguran que el índice de población infantil afectada por esta patología en la edad escolar es alto. Concretamente, afirman, que la edad en la que existe un mayor riesgo de poseer la tartamudez es entre los 2 años y medio y los 4. Casi en la mitad de los casos, la disfemia se presenta entre los 3 y los 4 años y posteriormente desciende hasta el 25% a los 5 y 6 años.

Por otro lado, este trastorno se da con mayor frecuencia en los niños que en las niñas. Conforme aumentan las edades, la proporción sube todavía más, puesto que las niñas tienen una recuperación más rápida del problema (**Starkweather y cols., 1990**).

2.2.3.2 Características de la tartamudez infantil

En algunas ocasiones, los niños durante el desarrollo del lenguaje pueden pasar por un período, entre los 2 y 5 años, en el que tartamudean. En estos casos, los sujetos repiten sílabas o palabras o empiezan frases de nuevo. Sin embargo, en varios casos, estas situaciones se alargan durante unos meses y posteriormente disminuyen hasta que desaparecen.

Por el contrario, si estas dificultades se alargan demasiado podemos comenzar a pensar que tal vez nos encontremos ante un caso de tartamudeo (**Wingate, 1976**).

Algunas de las principales características que padecen los niños con disfemia son las siguientes:

- Repetición de un sonido, sílaba o palabra más de 3 o 4 veces.
- Esfuerzo demasiado exagerado a la hora de pronunciar una palabra que no puede emitir.
- No querer hablar e incluso sentir miedo de ello.
- Preocupación del niño por la manera en la que habla.

Los padres también manifiestan una gran preocupación acerca de la manera en la que habla su hijo.

Bloodstein (1995) dice que en varias investigaciones llevadas a cabo se ha llegado a la conclusión de que los niños que sufren esta patología tienen una historia de desarrollo normal, salvo en el habla y en el lenguaje. Los niños que tartamudean comienzan a hablar más tarde.

Por otro lado, las niñas suelen tener la falta de fluidez antes que los niños, aunque se les corrige más rápido. Esto puede guardar relación con un desarrollo lingüístico más adelantado (**Yairi, 1997**).

Los niños con disfemia se caracterizan por tener momentos en los que presentan una gran dificultad para expresarse y, por el contrario, otras situaciones en las que hablan sin ningún problema.

Para **Bloodstein (1995)**, **Salgado (2005)** y **Guitar (2006)** la falta de fluidez puede estar ocasionada por el tema que se esté tratando, la disposición de la persona con la que se está manteniendo la conversación o por lo que siente el niño mientras habla (por ejemplo, si siente estrés).

Normalmente entre los 18 meses y los 2 años siguientes a su aparición, el trastorno desaparece sin ninguna necesidad de que intervenga un profesional. De hecho, una gran cantidad de investigaciones demuestran que entre el 23% y el 80% de los casos la patología suele irse sin tratamiento alguno (**Starkweather y cols., 1990; Yairi y Ambrose, 1992; Bloodstein, 1995; Yairi, 2005**). Debido a estas investigaciones, los

especialistas de nuestro país suelen aconsejar a las familias no inquietarse ante estas situaciones y esperar a que el problema desaparezca. Sin embargo, algunos autores como **Yairi (2005)** consideran que si el trastorno dura durante un año la probabilidad de que perdure es mayor. Por ello, se deberán estudiar aquellos factores que desencadenan la tartamudez, para estudiar si es recomendable o no aplicar en el niño un tratamiento y llevar a cabo una acción preventiva para que el problema no sea crónico.

2.2.3.3 Origen

Desafortunadamente, a día de hoy, aún no se ha podido encontrar la causa definitiva que origina la disfemia. A la conclusión que sí se ha llegado, es que en esta patología intervienen aspectos fisiológicos, genéticos y ambientales como la cognición, la emoción el lenguaje y las habilidades motrices del niño.

Los aspectos fisiológicos pueden provocar una insuficiente coordinación de los órganos fonoarticuladores (labios, lengua, cuerdas vocales, etc.) que originarán una falta de concordancia en los rápidos movimientos necesarios para hablar.

Otro desencadenante puede ser la existencia de un carácter sensible. Los niños con este tipo de temperamento tal vez no tienen la suficiente capacidad para aclimatarse ante situaciones o personas que son extrañas para ellos, por lo que responden con estrés y tensión muscular.

En la actualidad, no se contempla que los padres sean una causa de la disfemia. De hecho, autores como **Guilar (2006)** afirman que es fundamental que los padres sean conscientes de que no son responsables de que sus hijos sean tartamudos.

Hay que destacar que la tartamudez también va a asociada al retraso del lenguaje en el niño. De hecho, varios estudios señalan elevados porcentajes (del 10 al 36%) de niños que tienen dificultades a la hora de procesar el lenguaje y que son disfémicos (**Fernández- Zuñiga, 1994; Rodríguez Morejón, 2003; Salgado, 2005**).

2.2.3.4 Evolución del problema

En la edad preescolar, donde más fallan los niños son en las repeticiones y en la prolongación de sílabas y pausas. Por otro lado, los bloqueos y la exteriorización

exagerada de esfuerzo es más reducida y no tiende a perdurar. Conforme el individuo crece, es más frecuente que haya más presencia de bloqueos y aparecen otras conductas como la tensión muscular.

Por otro lado, el niño va desarrollando su capacidad cognitiva con lo que cada vez es más consciente de sus problemas para hablar. A los 6 y 7 años, los niños ya se dan cuenta de que tienen una dificultad. Sin embargo, sólo a partir de que tengan ocho años podrán plantearse su tartamudeo y darse cuenta en qué momento se produce. **Bloodstein (1995)** afirma que será a partir de esta edad cuando el niño puede comenzar a reflexionar sobre la forma en la que habla y por lo tanto, empezará a preocuparse por su dificultad.

Una vez que el niño es consciente de que le cuesta hablar más que al resto de niños de su edad, probablemente, evitará situaciones en las que sepa que no se va a poder comunicar correctamente.

Por lo tanto, conforme vaya transcurriendo el tiempo, la patología se irá desarrollando resultado cada vez más complicado superarla (**Van Riper, 1982**). Por ello, se deberá mandar al niño a un profesional en trastornos de lenguaje para que éste pueda evaluarlo y diagnosticar el problema.

2.2.3.5 Evaluación de la tartamudez

Realizar una evaluación significa llevar a cabo una observación de la forma de hablar del niño, para llegar a conocer hasta qué punto puede ser problemática.

Se evaluará a un niño en el momento en que este manifieste dificultades a la hora de hablar con fluidez y cuando estos problemas en la fluidez, originen impedimentos a la hora de comunicarse así como una preocupación en los padres.

Es preferible hacer una evaluación en cuanto veamos que hay un problema, puesto que si esperamos a que el tiempo transcurra a ver si el problema se corrige por sí solo, podemos hacer que la tartamudez empeore.

Es aconsejable realizar una evaluación en estas situaciones:

- Cuando haya una preocupación por parte de los padres o de los profesores ante el habla del niño.
- Si el niño realiza repeticiones, un excesivo esfuerzo o sufre bloqueos a la hora de hablar.
- Cuando el niño rehúye acciones comunicativas por miedo a no desenvolverse correctamente.
- Cuando el resto de sus compañeros se ríen de él por su problema.

En la evaluación tendremos que evaluar los siguientes aspectos:

Nivel motor: debemos fijarnos si la forma en la que habla es demasiado rápida o si existen dificultades en la pronunciación.

Nivel lingüístico: se evaluará el desarrollo de los diferentes aspectos del lenguaje y habrá que observar si hay problemas a la hora de pronunciar, organizar la sintaxis, etc.

Aspectos ambientales: aquellos niños que sean socialmente más comunicativos tendrán una mayor fluidez a la hora de hablar. En cambio, aquellos niños a los que les cueste más interactuar con las personas, cometerán un mayor número de errores a la hora de hablar.

Rustin y Khur (1996) afirman que junto al tartamudeo pueden ir algunos aspectos relacionados con las dificultades para desenvolverse socialmente, como por ejemplo, falta de habilidad para escuchar a los demás o no querer relacionarse con otras personas. Contexto comunicativo: este aspecto significa que es importante actuar correctamente con los niños que tienen esta falta de fluidez. Si les exigimos demasiado o si no reaccionamos de forma adecuada ante una situación en la que el niño tiene dificultades, podemos ocasionar que el niño todavía tenga más problemas para comunicarse, e incluso, que evite todas esas situaciones en las que tenga que hacerlo.

¿Qué pasos debemos de seguir en la evaluación?

Tanto en los niños de educación infantil como primaria la evaluación es muy parecida, aunque hay una serie de matices que las diferencian. La principal diferencia reside en la manera de abordar este trastorno. Los niños de educación primaria son conscientes del problema que tienen ya que su nivel cognitivo está mucho más desarrollado. En cambio, los niños de educación infantil aún no se dan cuenta del problema que tienen.

Deberemos llevar a cabo los siguientes pasos:

En primer lugar, habrá que recoger la información necesaria acerca del niño. Para ello se tendrá que hablar con los padres, el colegio y otros especialistas que trabajen con el niño.

Posteriormente, se llevará a cabo la evaluación (se tendrán en cuenta aspectos como el nivel cognitivo, desarrollo del lenguaje, relación con la familia, etc.)

En tercer lugar, se estudiarán los datos obtenidos en la evaluación realizada.

Finalmente daremos la información a los padres. Les transmitiremos los resultados de la evaluación, el diagnóstico, cómo será el tratamiento y cuando se va a comenzar. El tratamiento debe incluir unos objetivos para el niño, los padres, el colegio y unas orientaciones concretas para el docente.

Entrevista con los padres

La reunión con los padres tiene una gran importancia ya que nos va a permitir conocer más al niño. Podemos conocer cuándo empezó a surgir el problema, en qué momentos ocurre, qué ocasiona este trastorno al niño a nivel personal, social y emocional, si el problema ya se ha tratado anteriormente, si hay algún antecedente en la familia con dificultades del habla, etc.

Además, esta entrevista permitirá a los padres transmitir sus emociones y reducir su nivel de preocupación (que en la mayoría de los casos suele ser bastante elevado).

Labor del colegio

El profesor también tiene una función fundamental en estos casos. El docente deberá aportar información de cómo funciona el niño en el aula o cuál es la actitud de los compañeros ante situaciones en las que el niño manifiesta falta de fluidez.

Una vez que el profesor haya informado de esto, será informado de los resultados a los que se han llegado, así como de la forma en la que debe actuar.

Entrevista con el niño

Esta entrevista solo se realizará a partir de los 6 años puesto que antes el niño no tiene consciencia del problema que padece.

Se utiliza para observar los errores que el niño comete, si se pone demasiado nervioso al hablar (e incluso si lo evita), cuáles son las causas para él que originan esos atascos y que usa para no atascarse. Por otro lado, también nos servirá de ayuda conocer sus aficiones, cómo se siente en el colegio, cómo son sus resultados académicos y que beneficios espera el niño obtener del tratamiento que se vaya a seguir.

La entrevista la llevaremos a cabo a través de una sesión en la que realizaremos distintos juegos con el niño.

Con los niños de menos edad, leeremos cuentos y posteriormente les formularemos unas pequeñas preguntas. También es interesante hacerles hablar con los juguetes y grabarles con los padres en situaciones de juego.

Con niños más mayores se hacen ejercicios de repetir oraciones, se leen textos cortos y sencillos, se dialoga con el terapeuta y también se suele utilizar el monólogo (consistirá en explicar una película o un cuento).

Los fallos que cometa el niño no tienen todos la misma importancia. Por ejemplo, repetir sonidos entre tres o cuatro veces en la frase sería considerado un error de menor gravedad. En cambio, sufrir un bloqueo de más de diez segundos, sería un ejemplo de error grave.

Pronóstico

Según **Van Riper (1982)** y **Ham (1990)** cuantos más signos de riesgo tenga el niño, contará con un porcentaje más alto de que sus dificultades de fluidez perduren en el futuro.

En cambio, hay una serie de principios que indican un adecuado pronóstico de recuperación. Estos son algunos:

- Sufrir el problema desde hace una duración menor a doce meses.

- Las niñas son capaces de volver a hablar de forma fluida antes que los niños.
- No contar con familiares que hayan sufrido este problema.
- Ser capaz de hablar de forma fluida en determinadas situaciones a pesar de que haya otros momentos en los que puedan surgir problemas.
- Tener una buena capacidad comunicativa.
- Tener una buena confianza.
- Disponer de una inteligencia no verbal adecuada. También será importante tener una correcta habilidad de articulación y un buen lenguaje expresivo.

2.2.3.6 Tratamiento

Podemos distinguir dos tipos de tratamiento:

a) Tratamiento de intervención temprana: se utiliza con los niños cuya edad se sitúa entre los 2 y los 6 años. La actuación que se lleva a cabo es preventiva. Busca cambiar algunos factores del entorno del niño y dar una serie de pautas a las familias para que adecúen su actitud a la hora de comunicarse con el niño, con el objetivo de que este alcance un habla más fluida.

En este tipo de programas puede haber diferencias en la base teórica entre un programa y otro. Por ello, puede haber alguno que focalice su atención en conseguir un incremento de la fluidez, mientras que otros pueden preocuparse también por aspectos lingüísticos, psicosociales o emocionales.

Muchos especialistas recomiendan esperar antes de intervenir en el niño que sufre disfemia ya que en muchos casos disminuye por sí solo. A pesar de ello, se considera importante evaluar el habla en este caso y dar una serie de indicaciones a los padres para que puedan ayudar a sus hijos. **Yairi (1997)** sostiene que si tras 18 meses las dificultades no desaparecen por sí solas, es recomendable iniciar un tratamiento.

Si se decide iniciar la intervención, se llevarán a cabo dos sesiones por semana y si los casos fueran de menor urgencia, con una sería suficiente (**Riley y Riley, 1999; Fernández- Zúñiga, 2005**)

Cuando se entrega a los padres el análisis de la evaluación, se realizan junto a ellos unas sesiones de orientación en las que se les facilitan información, directrices y actividades para realizar en casa.

En estas sesiones de orientación se realizará una enumeración detallada de los problemas que tiene su hijo a la hora de comunicarse con fluidez; se hará hincapié en que los padres tienen un papel primordial para que el tratamiento vaya por buen camino; habrá que tener una actitud positiva y mostrar un optimismo ante la recuperación del niño; se deberá explicar a los padres la importancia del uso de refuerzos, qué circunstancias favorecen la fluidez y por el contrario cuáles la dificultan, así como que hay que adaptar el entorno familiar para reducir aquellos aspectos que estresen al niño. Será muy recomendable entregar una guía a los padres donde se recojan las pautas de actuación, para que las puedan consultar siempre que quieran.

También se le explicará a la familia el trabajo que deberán realizar en casa. El tiempo de trabajo diario será de unos veinte minutos. Todas las actividades que se realicen han de ser lúdicas, para que el niño disfrute mientras realiza la tarea. Es importante que el padre no tenga una actitud muy directiva ante el juego ya que de esta forma se favorecerá la comunicación del niño.

Los padres deberán recoger aquellos momentos en los que el niño presenta una mayor y una menor fluidez. **Fernández- Zúñiga (2005)** expone que esto permitirá reconocer que momentos favorecen o complican la facilidad para hablar.

En lo que se refiere a las sesiones directas con el niño, se utilizará siempre el juego y las actividades deberán ser cortas y beneficiosas para que el niño pueda manifestarse de forma voluntaria. El terapeuta deberá explicarle al niño un tipo de habla cuya velocidad será lenta y alargada. También deberá reforzar positivamente aquellas situaciones en las que el niño consiga repetir correctamente lo que nosotros le hemos dicho y repetirá aquellos fallos que cometa el niño con un habla lenta y alargando mucho las sílabas.

La intervención del colegio será fundamental para que el desarrollo del programa tenga éxito. Para ello, deberá existir una buena comunicación entre el terapeuta y el profesor, donde el primero deberá darle una serie de pautas al docente para llevar a cabo en el

aula. El profesor tendrá que utilizar un habla lento, dar el tiempo necesario al alumno para que este pueda responder a las preguntas, no le realizará demasiadas preguntas de dificultad elevada y elegirá momentos tranquilos para poder conversar con el niño.

Tenemos la suerte de que en estas edades, en la mayoría de los casos, los compañeros de clase no van a percibir el problema que existe.

b) Programas de intervención directa: se usa en niños escolares. Se actúa de forma más directa en el problema. Al igual que en el otro programa, se cambian algunos aspectos del entorno del niño y se facilitan ayudas para tratar de solventar la dificultad.

Hay muchos cambios con respecto a la etapa preescolar. En primaria, los niños tienen que leer en voz alta, presentar sus trabajos a toda la clase y en todo momento se dan situaciones en las que tienen que contestar a las preguntas que les formula el profesor. Esto hace que las dificultades en la fluidez se vean más, lo que puede originar la burla de los demás alumnos de la clase. Por todo esto, el alumno puede verse más bloqueado en esta etapa llegando a evitar situaciones en las que tenga que comunicarse.

Al comenzar el programa de intervención, el terapeuta deberá mostrar una actitud muy positiva hacia el niño transmitiéndole empatía hacia sus problemas a la hora de comunicarse. Es importante explicarle que objetivos existen a corto y a largo plazo. Será fundamental que el niño esté motivado para alcanzar estas metas de forma más sencilla. El niño tiene que aprender a localizar los fallos que realiza y por qué se producen. El terapeuta deberá facilitarle distintas técnicas para poder eliminar dichos fallos. Una buena forma de practicar esto es a través de la lectura.

También será importante trabajar el habla en distintas situaciones. Este trabajo se realizará de forma progresiva, comenzando con aquellas situaciones en las que el niño tiene más facilidad para comunicarse, finalizando con otras en las que tiene mucha dificultad.

Otro aspecto de gran relevancia es que se deberá hacer ver al niño que tiene que cambiar su pensamiento negativo hacia su disfemia. La reducción de esta idea negativa sobre sí mismo, hará que se eleven las posibilidades de hablar fluido (**Van Riper, 1982; Ham**

1990; Cooper y Cooper, 2003; Raming y Bennet, 1997)

Finalmente también habrá que trabajar la capacidad comunicativa. Por ejemplo, el contacto de la mirada a la hora de comunicarse o la manera en la que hay que enfrentarse a las burlas de los compañeros.

Con respecto a la intervención de los padres, se les explicarán los objetivos a corto y a largo plazo acordes con la realidad del niño. Hay que transmitirles que es un proceso largo (de duración mínima entre 9 meses y 1 año). La familia deberá trabajar con el niño de forma diaria y tendrá que registrar aquellas situaciones en las que el niño presente más dificultad para comunicarse. También se les comunica las pautas que se siguen para ir disminuyendo el número de sesiones ya que en este trastorno no hay que parar de forma repentina el tratamiento.

Por último, al igual que en el otro programa, el papel del colegio será primordial para el buen desarrollo del tratamiento. El terapeuta tendrá que explicar al docente en qué consiste la disfemia y hasta qué punto puede afectar al niño. La manera en la que el profesor se comunique será fundamental y deberá eliminar todo aquello que pueda dificultar la comunicación del niño. El maestro tiene que conseguir que el alumno no esté tensionado en el aula. Por lo tanto, hacer que el alumno comience siempre las lecturas que se realizan, o que sea de los primeros en contestar a las preguntas del profesor, puede ser un gran recurso.

El profesor deberá controlar perfectamente las burlas, evitando que se den estas situaciones ya que pueden afectar considerablemente la autoestima del niño.

2.2.4 Disfonía

Se puede definir como "toda perturbación que afecta a las cualidades acústicas de la voz: la altura, la intensidad y el timbre" (Bustos Sánchez, 1995)

Este trastorno suele durar poco y las familias lo relacionan normalmente con gripes y catarros o con actividades realizadas por los niños en las que han forzado la voz durante demasiado tiempo (por ejemplo: juegos de patio, campamentos, etc.). Por este motivo, los padres no ven necesario asistir al pediatra.

El problema en este tipo de trastorno es que los padres se habitúan a las voces afónicas de sus hijos. Además, a los propios niños les suele gustar su voz afónica ya que la asocian, por ejemplo, a habérselo pasado muy bien en una determinada actividad.

En una investigación llevada a cabo por **Cornut (1998)** y **Arias (2005)** se puede observar como la disfonía tiene una mayor frecuencia entre los 8 y los 10 años, con un 44%. En las edades anteriores y posteriores el porcentaje disminuye hasta el 27% y el 29% respectivamente. En las primeras edades, este problema se da más en el sexo masculino. Sin embargo, a los 12 años el porcentaje en ambos sexos es el mismo y a partir de esta edad habrá una mayor frecuencia en el sexo femenino.

Algunas de las causas que pueden ocasionar la disfonía en la edad infantil son las siguientes: tener antecesoros familiares que ya padecían este problema, no realizar una masticación correcta de los alimentos, realizar un uso incorrecto de la boca, hacer un uso excesivo de la voz y sufrir infecciones e inflamaciones.

En cuanto se observa que un niño tiene una voz distinta a los demás, hay que solicitar ayuda a los especialistas de la salud ya que la voz es un elemento indispensable en nuestra vida diaria.

2.2.4.1 Características del tratamiento logopédico de la disfonía infantil

La disfonía infantil se puede abordar desde un amplio abanico de posibilidades terapéuticas. Puede ir desde, simplemente, un seguimiento por parte del médico, hasta una cirugía laríngea. El médico fonoiatra deberá estudiar los factores de edad, el grado de motivación del niño y de la familia, el grado de importancia del trastorno, la lesión que existe y cuál es el comportamiento vocal que hay para determinar el tipo, intensidad y secuencia de los tratamientos que se tienen que llevar a cabo.

La coordinación entre el logopeda y el médico fonoiatra va a ser fundamental para el buen desarrollo del tratamiento. El primero, va a ser el especialista qué más tiempo vaya a pasar con el niño. Este, entre otras cosas, es quien más va a apreciar si el tratamiento

que se está llevando a cabo va por el buen camino. Además, el tratamiento que se utilice debe fundamentarse en la comunicación, considerando el contexto en el que se mueve el niño y adaptándose a la evolución del sujeto.

El logopeda deberá utilizar muy a menudo el refuerzo, evitando en todo momento el castigo. El objetivo de estos tratamientos es que el niño experimente unos cambios en su voz, por lo tanto el profesional deberá hacerle ver en todo momento las ventajas comunicativas que esto le va a aportar (a veces el niño se puede mostrar contrariado hacia el tratamiento).

Hay situaciones en las que el tratamiento no está ofreciendo las mejorías esperadas. Hay algunas causas que pueden originar esto: que un niño sea demasiado inmaduro, que padezca fobias, depresiones o que sea excesivamente obsesivo.

Finalmente, el tratamiento llegará a su fin cuando todas las partes involucradas consideren que se han alcanzado los objetivos marcados y que seguir con el tratamiento no va a aportar más mejorías en el niño.

2.2.4.2 Áreas de intervención logopédica

A través de actividades en las que se busque el control corporal y de la voz, el niño contará con más recursos expresivos, originándole unos beneficios en la voz y permitiendo que las lesiones desaparezcan.

Se deberán potenciar las siguientes áreas:

- a) La escucha: si se mejora la capacidad de distinguir, clasificar y reproducir distintos tipos de voces se obtendrá un gran avance en el dominio de la propia voz.
- b) El gesto vocal: el niño tiene que ser consciente de los distintos músculos que intervienen en la voz. Además, para el trabajo de este gesto vocal habrá que trabajar la relajación, respiración, esquema corporal y el trabajo del ritmo.
- c) La expresión vocal: el niño tiene que aprender a utilizar la voz de forma correcta. Para ello, primero habrá que guiarlo en todo momento, pero hay que conseguir que sea él quien sepa controlar su voz de forma independiente. Será labor del logopeda conocer en

todo momento que frecuencia es producida por la voz. Para ello, es de gran ayuda utilizar la escala musical, ya que, a través, de la voz cantada se puede conocer de manera más clara la frecuencia con la que se emite la voz.

d) La conciencia vocal: no hay que olvidar que el objetivo que hay que conseguir es que el niño se pueda comunicar correctamente en la vida diaria. Por lo tanto, el niño ha de conseguir una voz que le permite desenvolverse en el entorno diario y con la que pueda comunicarse correctamente. Para ello, se realizarán actividades en las que el niño se tenga que dar cuenta de lo que dice su voz.

2.2.4.3 Recomendaciones para el colegio

Dado que no todos los maestros realizan una observación de la voz, y los padres se acostumbran a la voz de sus hijos no se detecta el problema de forma temprana. Por lo tanto, sería muy recomendable que los logopedas que trabajan para el centro realizaran una prueba para ver cómo está funcionando la voz en estas primeras edades. Esta prueba sería recomendable realizarla a los seis, ocho y diez años.

El colegio suele ser el primer lugar donde se percibe que el niño tiene un problema de disfonía. Frecuentemente, es el tutor o el profesor de música el que observa estas anomalías en la voz ya que, no se les oyen con la misma facilidad que al resto de compañeros o realizan demasiado esfuerzo para poder entonar las notas de una canción. En estos casos, el tutor ha de informar a la familia y recomendarle asistir al otorrinolaringólogo o al fonoiatra. Una vez que acudan a este lugar, deberán enseñar al maestro el diagnóstico y ver cómo puede ayudar el centro a que la voz del alumno mejore.

2.2.4.4 Entorno comunicativo del niño

Es muy importante enseñar al niño una serie de hábitos a la hora de comunicarse. Para ello, será fundamental que los contextos comunicativos en los que el niño se desenvuelve sean los adecuados. Para conseguir esto, nos ayudarán mucho las situaciones comunicativas que se dan en el aula. El docente deberá conseguir un buen clima comunicativo (que los alumnos para hablar levanten la mano, que escuchen a los demás, etc.) en clase. Por lo tanto, será imprescindible que haga ver a los alumnos la importancia de guardar silencio, de escuchar al compañero, de hablar despacio y de aceptar todas las opiniones de los demás aunque no estemos de acuerdo.

Si hay momentos en los que los niños no están teniendo una buena actitud hacia la comunicación, el profesor no deberá gritar para que haya silencio sino utilizar otros recursos, ya que el grito aún excitará más a los alumnos.

2.2.4.5 Higiene corporal

Los educadores, junto con la familia, deben enseñar a los niños a tener una buena higiene nasal. Esto consiste en enseñarles a sonarse la nariz correctamente y a estar con los labios cerrados respirando por la nariz. También será importante explicarles como se debe masticar ya que hay niños que lo hacen de forma errónea.

2.2.4.6 Postura corporal correcta

El profesor debe estar atento a la manera en la que se sientan los alumnos en el aula, ya que una buena actitud corporal en clase servirá para evitar la disfonía. Asimismo, la correcta postura corporal durante la realización de actividad física ayudará a prevenir este trastorno. Por ejemplo, será de gran ayuda aprovechar la clase de educación física para trabajar la relajación o la respiración.

El proceso de lograr que los alumnos mantengan una buena postura corporal es largo y complicado, sin embargo, con el paso del tiempo siempre se consigue.

2.2.4.7 Correcto uso de la voz hablada

El niño tendrá que tomar conciencia de sus posibilidades de expresión. En este sentido, el adulto deberá ayudar al niño a que se dé cuenta de que gestos pueden ser perjudiciales para su voz.

Una característica típica de los niños de infantil es que gritan demasiado. No hay que suprimirles el grito ya que entra dentro de la normalidad que lo hagan, lo que hay que hacerles ver es cuándo el grito me sitúa en una situación cómoda y cuándo en una incómoda, es decir, cuando fuerza demasiado la voz y cuando no.

Otro aspecto importante es el aprendizaje de la lectura. Hay algunos niños a los que les cuesta mucho leer en voz alta, generándoles una situación de tensión, lo que hace que no usen un gesto vocal adecuado. Cuando en el aula se trabaje la lectura en voz alta, el profesor deberá conseguir que sus alumnos estén en una actitud relajada y llevando una respiración adecuada.

Por otro lado, el teatro nos puede servir de gran ayuda para mejorar el uso de la voz, ya que en una obra teatral es imprescindible transmitir el mensaje de forma clara y con una intensidad adecuada. Sin embargo, si el encargado de dirigir la obra no está pendiente de la voz de los niños, puede producirse el efecto contrario, es decir, que la representación teatral sirva para dañar la voz.

2.2.4.8 Entrenamiento auditivo

Los niños deben aprender a escuchar, es decir, a utilizar el oído de la mejor manera posible. Para llevar a cabo una escucha adecuada, es fundamental que haya silencio. Por lo tanto, el profesor y los padres deberán promover el gusto por el silencio. Con esto, los niños serán conscientes de los múltiples beneficios que nos aporta el silencio (por ejemplo: se escucha mejor y se pueden oír cosas que el ruido no nos deja).

En la clase de educación infantil, debemos enseñar a los alumnos a que aprendan a diferenciar los distintos sonidos que se dan en la vida diaria. De esta forma valorarán la riqueza del sonido. De hecho, saber discriminar los diferentes sonidos, ayuda a prevenir la disfonía. Para empezar a trabajar esta discriminación auditiva, los niños deberán diferenciar las distintas voces de sus compañeros o de los personajes de televisión que les guste. Por otro lado, que el niño conozca su propia voz (para ello se deberá grabar hablando), que pruebe a emitir otras voces o que distinga voces que emiten diferentes sensaciones, le puede servir de gran ayuda para mejorar su capacidad expresiva.

La escuela tendrá la obligación de evitar que la voz del alumno pueda deteriorarse. Por consiguiente, todos aquellos que sean disfónicos deberán situarse en el aula cerca del profesor para que no fuercen la voz y el maestro deberá transmitirles confianza para que no se muestren tensionados a la hora de emitir sonidos. Asimismo, si se realizasen obras teatrales, habría que otorgarle un papel al niño con disfonía, que tuviera un escaso diálogo, incluso, si se encontrase en la parte inicial del tratamiento, sería más recomendable que su papel no tuviera ninguna parte hablada.

De la misma manera, en la clase de música, el maestro deberá recibir el informe logopédico para saber hasta qué punto puede cantar. Una vez que reciba el informe, en caso de que hubiera que cantar una canción, deberá atribuirle aquellas partes que pueda

interpretar sin forzar la voz. Además, el alumno disfónico tendrá que realizar un pequeño calentamiento antes de cantar.

Finalmente, es imprescindible concienciar al sujeto que sufre este problema, que no puede gritar ni forzar la voz en ningún momento. Por lo tanto, en todas salidas al exterior o práctica de deportes habrá que estar muy pendiente de él para que llevo a cabo las pautas que le ha dado el logopeda.

2.2.4.9 ¿Por qué es importante utilizar la voz cantada en estos casos?

La voz cantada es un instrumento muy eficaz para impedir que la disfonía infantil se produzca. Por ejemplo, el canto grupal supone que cada individuo tenga que dominar la intensidad, duración, timbre y la frecuencia de los sonidos emitidos.

El profesor deberá vigilar en todo momento la manera en la que cantan los niños. Estos acompañarán la voz cantada con movimientos que ayuden a estar relajado, con una correcta respiración y evitando en todo momento forzar la voz. El docente elegirá canciones que sean apropiadas para la edad de sus alumnos. Estas tendrán una letra y una tesitura asequible y sus partes iniciales no serán de fuerte intensidad.

El maestro tendrá que prestar una atención especial a aquellos niños que no afinen correctamente. Para ello, es recomendable dedicarles con bastante frecuencia cinco o diez minutos de trabajo particular, para que el niño pueda mejorar este problema. Lo que se busca es que el paciente disminuya su tensión muscular.

2.2.4.10 Recomendaciones para las familias que tienen niños con disfonía

La forma en la que cada uno habla es aprendida con la familia, ya que los familiares son los primeros ejemplos vocales que tenemos.

La familia no suele darle importancia a la voz que utiliza el niño para comunicarse. En estas primeras edades, la persona puede ir adquiriendo una voz con un tono inapropiado que, a la larga, puede originar problemas vocales.

Los más pequeños tienen muchas situaciones en las que cambian la voz: cuando se enfadan después de haber perdido en un juego, cuando piden a los padres que les compren algo, cuando quieren transmitir una noticia que para ellos es muy importante,

etc. En esos momentos los padres intentan corregir la voz de sus hijos, y, en la mayoría de los casos, no lo consiguen. Lo que hay que enseñar a las familias es a crear buenos contextos para que los niños no tengan que emitir una voz forzada.

Por otro lado, las familias tienen que evitar la presencia constante de ruido en sus casas (como por ejemplo, que siempre esté la música encendida o que siempre haya electrodomésticos en funcionamiento) y realizar conversaciones en las que haya un volumen bajo quedando totalmente prohibidas los gritos para comunicarse. Es importante dedicar todos los días un pequeño tiempo a conversar. De esta manera, el niño aprenderá a respetar el turno de palabra, a escuchar a los demás y a no gritar para reclamar atención.

3. CONCLUSIONES

Las conclusiones que se han obtenido con este trabajo final de grado son las siguientes:

- I. El objetivo general fue "*reconocer los trastornos del habla y tomar conciencia de la forma en la que hay que tratarlos*". En este sentido se ha realizado un estado de la cuestión de los trastornos del habla en las primeras edades, aportando una amplia información acerca de las características principales de estas alteraciones en el habla y ofreciendo una serie de pautas para que las personas relacionadas con el niño puedan actuar de forma correcta.
- II. Con respecto al objetivo específico número 1, que habla de conocer las características de los trastornos del habla, comentar que se ha realizado una investigación profunda sobre aquello que es más característico en cada uno de los trastornos.
- III. En cuanto al objetivo específico número 2, que versa de favorecer una información detallada de la dislalia, disartria, disfemia y disfonía, se ha llevado a cabo un estudio elaborado de las causas, los síntomas, la evolución y la evaluación que hay que llevar a cabo ante estos trastornos, gracias a las investigaciones de diferentes autores.
- IV. Con respecto al objetivo específico número 3, que trata de ofrecer líneas de actuación a las personas involucradas en la educación de los niños que sufren estos problemas, se ha realizado una investigación acerca de los tratamientos que se pueden llevar a cabo en cada uno de los trastornos, explicando las pautas que han de seguir los logopedas, familiares y maestros.
- V. En lo que concierne al objetivo específico número 4, que especifica "recopilar información existente para que los maestros tengan un dossier adecuado de cómo actuar", se han examinado distintas bibliografías de autores especializados en el tema que se trata, con lo que se le facilita a los docentes un buen material para su vida laboral.
- VI. Finalmente, el trabajo corrobora completamente la hipótesis inicial, la cual hablaba de que cuanto antes se reconozcan los problemas evolutivos de los niños, mejor evolución tendrán estos, ya que habrá más tiempo de intervención. A lo largo del trabajo diferentes autores hablan sobre la veracidad de esta afirmación, así como se dan una serie de pautas para observar eficazmente las dificultades existentes en los primeros años de edad.

4. PROSPECTIVA

Se insta a los siguientes investigadores que realicen una investigación con respecto al tratamiento que se propone en cada uno de los trastornos que aparecen en el trabajo. En la actualidad, cada día se producen avances con respecto a la forma de actuar ante la atención a la diversidad, con lo que sería estimable que se siguieran buscando nuevos avances en la forma de tratar estas alteraciones del habla.

Al mismo tiempo, se estima oportuno llevar a cabo un estudio más elaborado y profundo sobre la disartria, debido a la imposibilidad de encontrar mayor bibliografía sobre este tema.

5.REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Perelló, Jorge (1990). Capítulo III: Dislalia. 5ª edición, Trastornos del Habla (páginas 283-348). España: Masson S.A.

Erika Yuniva Quintero Rivas, Eduardo Santiago Molina Poveda. Mundo virtual interactivo con actividades de articulación de fonemas y sinfonemas para niños con dislalia funcional. *Pixel- Bit: revista de medios y educación* 41, 185-195.

Campos Palomo, Á. D., & Palomo, L. D. C. (2014). Patologías de la comunicación. Proyecto docente para enfermería infantil. Dislalias. *Enfermería Global*, 13(2), 444-452.

Garay, N. A. (2008). Programa para la prevención de dislalias en educación infantil “Hada de los cuentos”. *Educación y Futuro*, 18, 177-200.

Sánchez Maíz, L Silvero Morera, R. & González Gutiérrez, M. Aproximación a la evaluación del habla de un niño dislálico mediante la técnica del CSL Didáctica (Lengua y Literatura), nº 13, 109-171.

Contreras Roura, J. Histidinemia en niños preescolares con trastornos de la comunicación oral *Revista de Investigación en Logopedia*, vol. 3, nº. 2, 146-162.

Moreno Manso, J.M & Mateos García, M.R. Estudio sobre la interrelación entre la dislalia y la personalidad del niño. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 2005.

Martínez Matos, H. & Mora E. La identidad lingüística y los trastornos del habla. *Boletín de Lingüística*, 2008.

Baños, L. Á., Murillo, P. O., & Tejadall, H. E. P. (2005). Trastornos del habla asociados a maloclusión dental en pacientes pediátricos. *TRABAJO*, 9(1).

Ortiz, Á.D. Dificultades en la adquisición del lenguaje

Bascón, M. Á. P., & La diversidad, A.A. Alteraciones en la adquisición del lenguaje

Hernández Villoria, R. Una aplicación lingüística en el estudio clínico de la disartria: el análisis acústico de las vocales y los ejes cinéticos de la lengua. *Lengua y habla*, volumen 12, nº1, 51-63.

Melle Hernández, N. (2007). Intervención logopédica en la disartria. *Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología*, 27(4), 187-197.

Alvarez, F. V., Domínguez-Morales, M. R., Domínguez, O. V., & Carrión, J. L. (2001). Disartria espástica: rehabilitación de la fonación de un paciente con traumatismo craneo-encefálico. *Revista española de neuropsicología*, 3(4), 34-45.

- Aguado G., Fernández A., Fernández- Zúñiga, Gamba S., Perello E., Vila- Rovira J.M.** Trastornos del habla y de la voz. UOC, S.L.
- Sangorrín, J.** (2005). Disfemia o tartamudez. *Rev Neurol*, 41(supl 1), s43-s46.
- Manso, J. M. M.** (2004). *Características de la personalidad y alteraciones del lenguaje en Educación Infantil y Primaria*. Organización de Estados Iberoamericanos para la Educación, la Ciencia y la Cultura.
- Morante, M. D. C. E.** (2001). La voz: recurso para la educación, rehabilitación y terapia en el ser humano. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 42(42), 67-75.
- Sánchez, M. D. M. M.** Orientaciones específicas para intervenir las dificultades del lenguaje.
- Recuperado el 3/5/2014 de
http://www.sabidurias.com/result_tag.php?palabra=habla&lang=es&tag=173&_pagi_pg=2
- Recuperado el 17/4/2014 de <http://www.buenastareas.com/ensayos/Marco-Teorico-De-Dislalia/2231689.html>
- Martínez Matos, H. & Mora, E.** (2012). La identidad lingüística y los trastornos del habla. *Boletín de Lingüística*, 20(29).
- Navarro, C.E.C.** Trastornos del lenguaje oral.
- Parra, C.R., & Primaria, E.I.E** Dislalias.
- Parra, C.R. & Primaria, E.I.Y.E.** Intervención con alumnos que presentan dislalias.

6. BIBLIOGRAFÍA

Espina, A., Fernández, E., & Pumar, B. (2001). El clima familiar en hogares con niños con trastornos del habla y del lenguaje. *Psiquis*, 22(1), 21-29.

Ariosa, A. Y. J., Basnueva, B. A. A., Cantero, L. S., & Collazo, L. F. (1997). Alteraciones del habla en niños con anomalías dentomaxilofaciales. *Rev cuba ortod*, 13, 29-36.

Castro-Rebolledo, R., Giraldo-Prieto, M., Hincapié-Henao, L., Lopera, F., & Pineda, D. A. (2004). Trastorno específico del desarrollo del lenguaje: una aproximación teórica a su diagnóstico, etiología y manifestaciones clínicas. *Revista de Neurología*, 39(12), 1173-1181.

Peña, N. V. R., Cabrera, N. R., Mozo, B. C., & Martínez, R. S. (2000). Anomalías de la oclusión y trastornos en la articulación de la palabra. *Rev Cubana Ortod*, 15(2), 86-93.