

NōS

Oposicións

AUDICIÓN E LINGUAXE

TEMA 20. Las necesidades educativas especiales de los alumnos y las alumnas con alteraciones del habla.

www.nosoposicions.com

www.espazonos.com

**GRAZAS
X CONFIAR
EN NōS**

Experiencia e innovación
na formación de opositores.

ÍNDICE DE CONTIDOS

- 1. Introducción**
- 2. Aspectos diferenciales en el desarrollo de la comunicación y el lenguaje.**
 - 2.1. Alteraciones de la voz**
 - 2.2. Alteraciones de la articulación**
 - 2.3. Alteraciones de la fluidez verbal**
- 3. Necesidades educativas especiales del alumnado con alteraciones del habla.**
- 4. Conclusión**
- 5. Bibliografía**
- 6. Webgrafía**

1. INTRODUCCIÓN

La distinción entre el concepto de habla y lenguaje es importante para poder entender aspectos básicos del tema que nos ocupa. De este modo, el término lenguaje se refiere a un sistema de comunicación, mientras que el habla es sólo la realización física del lenguaje oral de los humanos. En este sentido, cabe destacar que el habla está compuesta por los siguientes elementos:

- Articulación: referida a la producción de sonidos
- Voz: Referida al uso que de los repliegues vocales y la respiración para producir sonidos
- Fluidez: referida al ritmo al hablar.

Las necesidades educativas especiales que puedan presentar nuestro alumnado relacionadas con el habla son amplias además de variadas, dependiendo de la naturaleza, características y severidad de la alteración.

Las alteraciones del habla constituyen alteraciones en la forma del lenguaje, pero no en la dimensión de la forma al completo sino en una parte de ésta. La dimensión de la forma incluye también la morfosintaxis que en los trastornos del habla no tiene por qué estar alterada.

A lo largo de este tema nos centraremos en alteraciones de la voz, concretamente en la disfonía, alteraciones en la articulación, nos ocuparemos de los trastornos fonéticos y fonológicos, (dislalias, las disglosias y la disartria) y alteraciones de la fluidez verbal o el ritmo, en este caso nos centraremos en la disfemia.

Además de analizar las características más relevantes de cada una de estas alteraciones, también se analizará las relaciones entre la comunicación y el lenguaje desde el punto de vista del habla.

Por último, se tendrán en cuenta las necesidades educativas derivadas de todas y cada una de las alteraciones anteriormente citadas.

2. ASPECTOS DIFERENCIALES EN EL DESARROLLO DE LA COMUNICACIÓN Y EL LENGUAJE.

2.1. Alteraciones de la voz

La voz es para el niño/a una forma de expresión emocional. Su mundo está lleno de gritos y chillidos que suelen superar en extensión e intensidad a la voz habitual. Estos elementos, interactuando con la inestabilidad de los órganos fonatorios en esta etapa de la vida, conducen con cierta facilidad a una disfonía.

Se entiende por **disfonía** la alteración de la voz, en cualquiera de sus cualidades (intensidad, tono, timbre y duración), que sobreviene a una alteración orgánica (disfonía orgánica) o a una disarmonía o incoordinación de los músculos respiratorios, laríngeos y de las cavidades de resonancia que intervienen en el acto vocal (disfonías funcionales).

Por su parte, Perello y Salvá, definen las disfonías como una pérdida del timbre normal de la voz, la intensidad y el tono, como consecuencia de un trastorno funcional o alteración orgánica de la laringe.

Son muy frecuentes en la edad escolar. Afectan según Dinville a la mitad de los niños entre 5 ó 6 años y la pubertad, con mayor incidencia en el sexo masculino. (se entiende que no nos referimos a procesos crónicos)

Este elevado número de disfonías en la infancia se debe a:

- La laringe infantil por su constitución es más propensa que la del adulto a afectarse.
- Con frecuencia los niños utilizan incorrectamente los órganos bucofonadores y no siguen pautas apropiadas de higiene vocal. Pero no en todos los casos se afecta la voz.

Es muy importante una correcta educación vocal en la infancia para prevenir problemas posteriores.

Etiología

Como ya hemos perfilado desde el punto de vista etiológico podemos distinguir:

- Causas orgánicas: enfermedades del aparato respiratorio y/o de los órganos de la fonación, intervenciones quirúrgicas, malformaciones...
- Causas funcionales: los trastornos funcionales son fisiológicos. Encontramos dentro de éstos la deficiencia auditiva, los desórdenes en el mecanismo respiratorio, los hábitos erróneos en la fonación...
- Causas psíquicas: También influye en la voz el equilibrio psíquico, los estados de ánimo etc. Un estado psíquico alterado, un trauma, una emoción violenta pueden ser causas de disfonía o afonía.
- Causas ambientales: Contaminación, pocos cuidados con la salud, mala alimentación, familias con patrones de higiene vocal inadecuados.

Clasificaciones

Es difícil clasificar las alteraciones en la voz pues no está clara muchas veces la distinción y la relación entre las causas orgánicas y las funcionales. Con frecuencia un uso inadecuado de la voz ocasiona una lesión y otras veces son las lesiones las causantes de la alteración vocal (Bustos, 2006). La clasificación que aquí se presenta se lleva a cabo atendiendo a un triple aspecto:

1. Cuantitativa:

- **Afonía:** pérdida total de la voz: Normalmente se debe a un proceso inflamatorio agudo, un traumatismo, parálisis laríngea o cuadro psíquico de histeria. No son frecuentes en edad escolar.
- **Disfonía:** La voz no se pierde totalmente, pero si una o varias de sus cualidades están afectadas.

2. Topográfica:

- **Laringofonías:** Son disfonías en las que el problema se produce en la laringe. Se producen por una mala impostación de la voz, una laringitis funcional, amígdalas hipertróficas, hipertrofia adenoidea, sinusitis... Aparece entonces ronquera vocal, voz demasiado aguda o demasiado grave, cansancio vocal y una voz débil...
- **Rinofonías:** Son disfonías debidas a una alteración en la resonancia y se percibe una nasalización en la fonación. Pueden ser abiertas o cerradas. En las abiertas el aire escapa por la nariz en la fonación por una hipotonía del velo del paladar o fisura palatina. Dan lugar a rinofonías abiertas. Los fonemas orales se nasalizan. En las cerradas existe obstrucción nasal por hipertrofia adenoidea, pólipos, tumores... Los fonemas nasales se oralizan porque el aire no sale por la nariz.

3. Etiología:

- **Disfonías orgánicas,** producidas por lesiones en los órganos de la fonación, pudiendo ser congénitas (lesiones cerebrales, malformaciones, parálisis, ...), inflamatorias (laringitis) o traumáticas (lesiones por heridas, quemaduras, radioterapias, intervenciones quirúrgicas,...)
- **Disfonías funcionales:** Son las más frecuentes en la escuela y, a grandes rasgos podemos diferenciar dos tipos:
- **Disfonías hipercinéticas o hipertónicas:** Existe un exceso de tono muscular con componente de esfuerzo. Se dan en niños con elevada actividad, con tendencia a gritar y a provocar esfuerzos en el aparato fonador. Aparece el latigazo laríngeo o golpe de glotis. La voz se vuelve sorda.
- **Disfonías hipocinéticas o hipotónicas:** Encontramos falta de tensión muscular y como consecuencia la glotis no se cierra totalmente. Se suele dar en niños apocados y tímidos y la voz aparece velada, ronca, poco intensa.

Dentro de las disfonías funcionales podemos también establecer otra clasificación teniendo en cuenta si existen o no lesiones secundarias a la disfonía funcional. Autores como Le Huche y Allali (1994) diferencian entre:

- **Disfonía funcional simple:** La disfonía está provocada por una incorrecta utilización de los órganos de la fonación y no existen lesiones secundarias.

- **Disfonía funcional complicada:** El sujeto utiliza inadecuadamente los órganos de la fonación y a consecuencia aparece una lesión en la laringe. La causa no es orgánica en el inicio. Las lesiones que más frecuentemente aparecen en estos casos son los nódulos (espesamiento de la mucosa, tumor benigno que interfiere en la aproximación de las cuerdas vocales, quedan con forma de reloj de arena y el aire se escapa inadecuadamente), los pólipos (falso tumor benigno, espesamiento de la submucosa, consecuencia de un sobreesfuerzo vocal, laringitis, gran inflamación o consecuencia de un nódulo), los edemas crónicos más o menos desarrollados o las úlceras. La aparición de estas laringopatías funcionales hace que se entre en un círculo vicioso entre el sobreesfuerzo, la patología de la laringe que provoca que se realice más esfuerzo lo que aumenta el problema orgánico. Independientemente de la necesidad de tratamiento médico o quirúrgico, es necesaria rehabilitación logopédica.

2.2. Alteraciones de la articulación

Los trastornos de la articulación se definen como alteraciones en la manera de producir los sonidos, las cuales pueden dar lugar a trastornos fonéticos y/o fonológicos.

La terminología para referirse a estas alteraciones es sumamente variada y ha sufrido modificaciones de acuerdo con las corrientes teóricas aplicadas y la observación clínica. Retraso simple del habla, dislalias, inmadurez articulatoria, trastornos específicos del desarrollo del habla, trastornos del desarrollo de los sonidos del habla (CIE 11), trastornos de sonidos del habla-trastorno fonológico (DSM V), son algunos de los términos empleados para abordar las alteraciones de la articulación del habla.

Hasta hace algunas décadas, las alteraciones centrales y propias del componente fonológico, que no estaban relacionadas con déficit anátomo-funcionales periféricos (V.g.: Fisura labio-palatina, malformaciones maxilo-dentarias, déficit sensorial auditivo, etc.) y ajenas a cualquier influencia socio-cultural, se conocían bajo la denominación de dislalias (Cervera-Mérida y Ygual-Fernández, 2003; Conde-Guzón, Conde-Guzón, Bartolomé-Albistegui y Quirós-Exposito, 2009; Gallardo y Gallego, 2003; Narbona y Chevré-Muller, 2001).

Esta entidad es descrita como una alteración del habla que sucede a nivel de la pronunciación de algunos fonemas, ocurriendo tanto de forma aislada como dentro de las palabras (De las Heras y Rodríguez, 2015).

Uno de los términos más extendidos a la hora de hablar de las alteraciones de la articulación es el de la dislalia. En este sentido se había empleado dislalia articulatoria para errores o distorsiones estables que podían deberse a problemas para aprender los movimientos para articular los sonidos. El término de dislalia fonológica, por el contrario, se usaba para aquellos errores inconsistentes que reflejan dificultades para representar, aprender y producir los contrastes entre los sonidos de un determinado idioma.

En cualquier caso, el término dislalia presenta dos problemas; el primero responde al hecho de que no captura la heterogeneidad de los problemas del habla que presenta el alumnado y otro problema radica en esa tajante diferenciación entre dislalia fonética y fonológica.

Algunos autores, emplean el término de trastorno fonéticos cuando la dificultad se presenta a nivel de la articulación del fonema aislado por causa orgánica o funcional en los órganos que intervienen en la producción del habla. En estos casos, la dificultad está centrada en el **aspecto motriz o articulatorio**, son niños/as con errores estables, que cometen siempre el mismo error cuando emiten el sonido o sonidos problemáticos. Por otra banda, y teniendo en cuenta el DSM IV-TR, el concepto de **Trastorno fonológico** se define como la dificultad persistente en la producción fonológica que interfiere con la inteligibilidad del habla o impide la comunicación verbal de mensajes.

En un trabajo reciente (Dodd et al., 2018) se encontró que si bien la mayoría de los errores que los niños/as presentan son fonológicos muchos presentan errores de ambos tipos.

De cualquier modo, se desarrollaron diferentes clasificaciones del concepto de dislalia, siguiendo la propuesta por Pascual (1988), las causas de la dislalia dependen de la tipología de esta, las cuales han sido empleadas por diversos autores (Barros y Flores, 1974):

1. Dislalia evolutiva o fisiológica: Se dan alteraciones en la articulación en niños/as en edades tempranas, entre los tres y cuatro años, debido a que el proceso de aprendizaje del habla no ha finalizado. Se trata de alteraciones propias del desarrollo evolutivo de cada niño/a que generalmente desaparecen y que nunca deben ser intervenidas antes de que finalice el proceso de aprendizaje normal del lenguaje.

Será importante aconsejar a los padres y profesores que no le insistan al niño/a ni le indiquen como debe hablar. Sólo debemos darle un patrón de lenguaje correcto y dejar que la naturaleza actúe. Los ejercicios indirectos de estimulación sí pueden llevarse a cabo por los profesionales como medida de prevención.

2. Dislalia audiógena: En este caso las alteraciones articulatorias son consecuencia de una deficiencia auditiva. Los/as niños/as que presentan alguna deficiencia audita, en general no articulan correctamente, confundirá fonemas que ofrezcan alguna semejanza al no poseer una correcta discriminación auditiva. Generalmente, estos alumnos/as presentan alteraciones en el ritmo y en la voz.

3. Dislalias funcionales: producto de un mal funcionamiento de los sistemas de reconocimiento gnósico y de producción práxico, por lo que sus características corresponden fundamentalmente al nivel de análisis cognitivo. Por lo tanto, la alteración articulatoria es consecuencia de un mal funcionamiento de los órganos articulatorios, no se da una alteración orgánica, simplemente, el niño/a que la padece, no usa correctamente dichos órganos a la hora de articular un fonema. Las dislalias funcionales son las más frecuentes, aunque no constituye en sí misma una entidad patológica grave del lenguaje, aunque es importante la detección en edades tempranas y la planificación de un programa de intervención adecuado.

4. Dislalias orgánicas: En este caso, los trastornos articulatorios se dan como consecuencia de una alteración orgánica.

- Si lo que se encuentra afectado son los centros neuronales cerebrales reciben el nombre de **disartrias** y forman parte de las alteraciones del lenguaje de los deficientes motóricos.
- Si de lo que se trata es de malformaciones o anomalías de los órganos encargados de la articulación, nos encontramos ante las **disglosias**.

A pesar de que el uso del término dislalia ha sido desplazado en el tiempo, tradicionalmente se mantiene para referirse a aquellas dificultades que ocurren de forma aislada a nivel de algunos segmentos silábicos y de carácter fonético, considerando asimismo los hitos evolutivos, propios del desarrollo fonológico (Aguilar y Serra, 2007).

Actualmente, estas alteraciones se engloban dentro del denominado **trastorno de los sonidos del habla (TSH)**. En el actual DSM V se pasa a denominar **Trastorno de los sonidos del habla (Trastorno fonológico)**, definiéndose como la existencia de dificultades persistentes en la producción de los sonidos del habla que interfieren a la comprensión del habla o impiden los mensajes de la comunicación verbal. Dicho trastorno causa limitaciones en la comunicación efectiva que interviene de forma individual o combinada con la participación social, alcanzar los logros académicos o laborales. El TSH puede ser de naturaleza orgánica o funcional.

El TSH de naturaleza orgánica aglutina todos aquellos problemas del habla que resulten de trastornos motores y neurológicos (disartria), derivados de problemas estructurales (fisura palatina), o de aquellas dificultades que se derivan de déficits perceptivos (discapacidad auditiva).

En el TSH de naturaleza funcional, la sintomatología comprometería a los procesos implicados en la producción del habla, dificultando la adquisición normal de las habilidades fonológicas, no explicadas estas por lesiones neuromusculares, hipoacusias, trastornos neurológicos asociados a epilepsias (V.g.: Síndrome de Landau-Kleffner) o síndromes perceptivos relativos a algunos cuadros del TEDL (V.g.: Agnosia auditiva verbal). De aparición temprana en las fases del desarrollo lingüístico, en la población infantil se constituye, con mayor frecuencia, en una de las principales etiologías como antecedente directo para la aparición de los trastornos específicos del aprendizaje de la lecto-escritura, repercutiendo negativamente en las esferas socio - emocional y familiar del niño (ArtigásPallarés y Narbona, 2011; Villegas, 2010).

Dodd (2014) publicó un modelo para clasificar y describir de forma más precisa al heterogéneo grupo de alumnado que presentan TSH. Este modelo desarrolla 5 subtipos de TSH:

- ✧ Retraso fonológico: este alumnado confunde sonidos y tiene patrones de errores fonológicos propios de niños más pequeños. Las confusiones que presentan son estables, pero estimulables, es decir, suelen mejorar ante el modelo correcto dado por el profesional. Cerca del 55% de los niños/as con TSH evaluados podían incluirse dentro de este subgrupo.
- ✧ Trastorno fonológico atípico y consistente: este alumnado presenta errores en el habla que son inusuales (por ejemplo, la eliminación de los primeras consonantes o sílabas de la palabra) y consistentes. Eecen et al. (2019) clasificaron al 20% de los niños/as en este subtipo.
- ✧ Trastorno fonológico inconsistente: este alumnado presenta errores enormemente inconsistentes, pronunciando la misma palabra de forma diferente en diversas ocasiones debido a una representación inestable de la fonología de las palabras. Eecen et al. (2019) clasificaron al 15% de los niños/as en este subtipo.
- ✧ Trastorno de la articulación: este alumnado suele cometer sustituciones o distorsiones no apropiadas para su edad, siendo consistentes y no estimulables tanto en imitación como en producción espontánea. Eecen et al. (2019) no encontraron a ningún niño con este perfil, otros autores han reportado que afectaría a cerca del 12%.

- ✧ Apraxia del habla infantil: trastorno menos conocido que afectaría a cerca del 10% de los niños con TSH. Implica un habla lenta dificultad para coarticulación los sonidos, mala prosodia y peor desempeño en imitación que en espontáneo.

En la mayoría de los casos especialmente en el trastorno fonológico inconsistente, hola los principales errores que se comenten son los siguientes:

- La inconsistencia es mayor cuando los niños/as producen una palabra en espontáneo que cuando la repiten.
- La inconsistencia es mayor cuando la palabra tiene muchos fonemas o cuando las palabras tienen varias sílabas.
- La inconsistencia es mayor cuando las palabras incluyen sinfonos.
- Los errores de estos niños/as incluyen:
 - 1) Omisión: omisión de fonemas, o incluso sílabas completas. Suele ser frecuente la omisión de la consonante medial de sinfonos así como de la consonante en inversas.
 - 2) Sustitución: cuando el fonema es sustituido por otro correctamente emitido, normalmente las consonantes sordas sustituyen a las sonoras.
 - 3) Asimilación: producida cuando se modifican algunos sonidos para que se parezcan más a otros, pudiendo ser progresiva o regresiva.
 - 4) Reduplicación: Se emplea la misma sílaba para representar toda la palabra.
 - 5) Epéntesis: se conserva la articulación consonántica añadiendo una vocal.
 - 6) Metátesis: en este caso se da un cambio de posición, cambio en el orden o transposición de fonemas en una palabra.

Las dislalias se denominan habitualmente utilizando la letra griega que se corresponde con el fonema afectado:

- /l/: lambdacismo - /c/, /g/, /k/, /q/: gammacismo - /d/: deltacismo
- /s/: sigmatismo - /m/: mitacismo - /f/: ficismo
- /r/: rotacismo - /n/, /ñ/: rinoartria - /ch/: chuitismo
- /b/, /p/: betacismo - /j/: iotacismo

En el caso de que un fonema sea sustituido por otro, se le antepone el prefijo *para-*: así, el parasigmatismo, se dará cuando la /s/ es sustituida por otro fonema, ...

- **Disglosia.**

La disglosia es un trastorno de la articulación de origen no neurológico y provocado por lesiones físicas o malformaciones en los órganos articulatorios periféricos.

Torres et al (2003) definen la disglosia como una alteración en la producción de los sonidos del habla producida por anomalías anatómicas o malformaciones de los órganos implicados en su articulación.

Las causas pueden ser varias, y están ubicadas en los diferentes órganos responsables del habla, únicas o asociadas entre sí, o a otros cuadros patológicos. Según Perelló, Ponces y Tresserra (1977) y Bruno y Sánchez (1988), "las causas pueden ser: las malformaciones congénitas, los trastornos de crecimiento y las anomalías adquiridas como consecuencia de lesiones en la estructura orofacial o de extirpaciones quirúrgicas".

Las causas que motivan una disglosia, como ya se señaló anteriormente, son todos los trastornos que afectan a los órganos responsables de la articulación, las principales de estas causas pueden ser por malformaciones congénitas cráneo-faciales, por trastornos de crecimiento o por lesiones en la estructura orofacial y extirpaciones quirúrgicas.

Según Perelló las causas pueden ser varias, ubicadas en diferentes órganos del habla y pueden ser también únicas o asociadas. En este sentido, nos podemos encontrar con malformaciones congénitas craneoencefálicas, trastornos del crecimiento, traumatismos, parálisis periféricas y/o anomalías adquiridas como consecuencia de lesiones en la estructura orofacial o de extirpaciones quirúrgicas.

Tipos de disglosias

1. Disglosias labiales

Son consecuencia de una alteración en la forma, movilidad, fuerza o consistencia de los labios.

Encontramos, por ejemplo:

- **Labio leporino:** Se trata de una malformación congénita de diversos grados que puede ir desde una simple depresión del labio superior hasta su total hendidura y la cual debe ir asociada a fisura palatina o hendidura alveolar en un 50 % de los casos. Dicha malformación puede ser unilateral o bilateral, siendo la más grave la central, entendido como una malformación rara caracterizada por la falta de unión de los dos mamelones nasales internos. Existen también fisuras del labio inferior que, aunque normalmente están acompañadas de fisuras en el superior también se pueden presentar solas.

El orificio nasal del lado afectado está mal orientado, el tabique nasal suele estar desviado hacia el lado sano y el músculo orbicular está poco desarrollado.

En cuanto al habla del sujeto, se ve afectada ya que el labio superior queda inmóvil, aunque el inferior presenta una movilidad normal.

Como consecuencia de esta malformación la articulación se verá afectada tanto en la articulación de los fonemas vocálicos posteriores que precisan de la protucción del labio inferior (/u/, /o/) como en los fonemas consonánticos bilabiales (/p/, /b/, /m/). Su intervención más urgente será de carácter quirúrgico, siendo la edad de los seis meses la edad ideal para la misma y una intervención logopédica posterior.

- **Frenillo labial superior hipertrófico:** Esta anomalía dificulta la normal movilidad del labio superior, produciendo diastema entre los incisivos centrales. En un principio no es recomendable la intervención quirúrgica, ya que un plan de intervención adecuado puede favorecer al niño/a la correcta articulación del fonema/s afectado/s, si bien es cierto que dicha intervención quirúrgica se aconseja cuando se produce un retraso o imposibilidad de erupción de los caninos debido al frenillo.

Fruto del frenillo hipertrófico se dan dificultades en la articulación de /p/, /b/, /m/ y /u/, además las consonantes bilabiales suelen ser sustituidos por la labiodental /f/. También presentan dificultad para sorber a través de pajitas.

- **Fisura del labio inferior:** Generalmente suele ir acompañado de labio leporino aunque también se puede dar aisladamente. Algunos la denominan labio leporino inferior, aunque cabe decir que se trata de una malformación muy poco frecuente.

Los fonemas afectados son los bilabiales /b/, /p/ y /m/, aunque si no hay alteración alguna en el labio superior se suele compensar y puede que no se observe distorsión alguna.

- **Parálisis facial:** Se produce en la población infantil por diversas causas; Trauma obstétrico (fórceps), infecciones del oído medio, difteria. La parálisis puede ser unilateral o bilateral. Es más frecuente la primera y de peor pronóstico la segunda. En algunos casos puede ir acompañada de una parálisis del motor ocular externo pudiéndose dar además otras anomalías o deformaciones en la cara.

La mitad de la cara paralizada está sin arrugas, lisa, la abertura palpebral es más pequeña, la ceja está distendida, no existe el pestañeo, se suele dar lagrimeo constante y la saliva se le suele escapar por el lado de la cara afectada. Además, no es capaz de cerrar el ojo y tampoco es capaz de llenar la boca de aire.

La parálisis facial puede afectar a un lado de la cara o a los dos. En caso de afectar a un solo lado, la disglosia suele ser poco perceptible y puede existir poca deformación articulatoria, mientras que, si se da en los dos lados, la articulación fonemática está afectada en los siguientes sonidos: /p/ en lugar de /f/, /m/ en lugar de /n/, hacen una /b/ fricativa y poca claridad en la /o/ y /u/.

- **Macrostomía:** Se trata de una hendidura bucal que suele asociarse a malformaciones en el pabellón auricular. En ocasiones pueden verse afectadas las mandíbulas y los ojos. La fisura suele comenzar en el ángulo de la boca, y según su extensión puede ser incompleta, cuando la fisura se prolonga en poca extensión, y completa, cuando la fisura se prolonga hasta el borde anterior del masetero o incluso más. En general la macrostomía se suele acompañar de atrofia de maxilar inferior y anomalías del oído externo y medio. Se debe intervenir quirúrgicamente antes del inicio del habla.
- **Heridas labiales:** Rara es la vez que una herida del labio provoque un problema en la articulación de los fonemas, es importante valorarlas y determinar, en el caso de alguna alteración articulatoria, si son debidas a lesiones orgánicas o si son dislalias funcionales.
- **Neuralgia del trigémino:** Está demostrado que el nervio trigémino es el responsable de la sensibilidad de la cara y no el facial, por lo que los síntomas dolorosos que provocan se deben a alteraciones del trigémino. Se exterioriza en forma de dolor brusco, intenso y de corta duración y que aparece en cualquiera de las tres ramas inervadas por el trigémino, es decir, la oftálmica, la maxilar superior e inferior. El dolor sobreviene cuando se mastica y cuando se habla, el temor al dolor provoca que el/la que lo padece, evite todo movimiento del lado enfermo, lo que puede simular una parálisis facial. Produce, además, lagrimeo y saliveo, pudiendo ser la causa de una neuralgia, afecciones dentarias, sinusitis, tumores, meningitis, ...

2. Disglosias mandibulares.

Disglosia mandibular o alteración orgánica de la mandíbula o maxilar inferior que puede motivar dificultades en la articulación de los fonemas. Dichas alteraciones son debidas a múltiples causas como pueden ser quirúrgicas, congénitas o de desarrollo. Nos podemos encontrar con malformaciones o anomalías mandibulares tales como:

- **Resección del maxilar superior:** La falta del maxilar superior puede ser debido a múltiples causas como accidentes, tumores... Tras la operación, queda la cavidad bucal y nasal comunicadas, como consecuencia el habla tiene mucha resonancia nasal y además provoca dislalias por ausencia del punto de articulación.
- **Atresia mandibular:** En este caso se produce una detención en el desarrollo del maxilar inferior de origen congénito o adquirido. Una de las causas puede ser el abusivo uso del chupete o chupar el dedo prolongadamente. Fruto de esta detención se produce una mala oclusión de los maxilares presentando lo que se denomina como "cara de pájaro", presentando anomalías en la posición de los dientes. En ocasiones la desproporción de dimensiones entre la lengua y la cavidad bucal debido a una atresia mandibular ocasiona alteraciones de carácter respiratorio.
- **Progenie:** Consiste en un crecimiento exagerado de la mandíbula inferior con la consiguiente mal oclusión de los maxilares, lo que desencadena en una pérdida de la articulación entre los dientes. La articulación es demasiado anterior, dando la sensación de que hablan con la boca llena y se produce un Sigmatismo interdental.

3. Disglosias dentales

Alteración de la forma, presencia o posición de las piezas dentales que puede motivar dificultades en la articulación de los fonemas. Nos podemos encontrar con autores que las clasifican dentro de las mandibulares. Nos podemos encontrar con malformaciones o anomalías dentarias tales como la falta de piezas dentarias, separación de las piezas dentarias, malformaciones, ...

Las causas de dichas anomalías dentales pueden ser hereditarias, generales o locales. En cuanto a la herencia se puede heredar tanto la forma como la función (tono muscular, movilidad lingual, tonicidad de músculos bucinadores). En cuanto a las causas generales pueden ser debidos a desequilibrios hormonales o una mala alimentación. Por último, y en relación con las causas locales, las alteraciones son debidas a hábitos tales como el uso excesivo de chupetes o a chupar en exceso el dedo.

Cuando la colocación de las piezas no permite cerrar los maxilares hablamos de mordida abierta. Cuando los dientes superiores caen en exceso sobre los inferiores hablamos de mordida cerrada.

En cuanto a las alteraciones articulatorias, suele darse sigmatismo, aunque tampoco es muy marcado en el 100% de los casos. Uno de los casos más frecuentes de maloclusión se da cuando los incisivos superiores se alejan de los inferiores, en este caso existe un defecto en la pronunciación y producción del /r/ y el /rr/, además de una imprecisa articulación de los fonemas linguodentales.

4. Disglosias linguales

Alteración orgánica de la lengua que puede motivar dificultades en la articulación de los fonemas. Nos podemos encontrar con malformaciones o anomalías linguales tales como:

- **Anquiloglosia o frenillo corto:** Cuando existe un frenillo lingual corto que no permite la movilidad correcta de la lengua. Afecta normalmente a la /R/, aunque puede comprometer la realización de la /l/ u otros fonemas.
- **Glosectomía:** Se trata de la extirpación total o parcial de la lengua a través de una intervención quirúrgica. La alteración en la articulación dependerá de la porción de lengua que falte, de la movilidad de la punta lingual y del funcionamiento del velo del paladar. Normalmente, el habla se va recuperando, incluso cuando la pérdida sea grande, debido a que tanto la mandíbula, los dientes y los labios sustituyen los movimientos articulatorios.
- **Macroglosia:** Consiste en un aumento desmesurado del tamaño de la lengua. Las causas pueden ser tumores, infecciones, motivos congénitos como el de Síndrome de Down. En este caso suele tener estrías y ser muy rugosa en su superficie. La presión constante que la lengua suele hacer sobre los dientes puede provocar que éstos se separen y empujen hacia delante, obligando a tener la boca abierta todo el tiempo dando lugar a la sialorrea. La articulación de los fonemas está alterada en su precisión y en su rapidez.
- **Malformaciones congénitas de la lengua:** Son debidas a una detención en el desarrollo embriológico, muchos de los bebés que nacen con estas malformaciones mueren a los pocos días debido a que suele ir acompañada de múltiples anomalías, incluso de retraso mental.
- **Fulguración lingual:** Lesión frecuente en niños/as que se puede producir por introducir la lengua en enchufes, consecuencia de esto se produce una pérdida de sustancia y una posterior cicatriz que dificulta la articulación de la /s/, /l/, /z/ y /r/.
- **Parálisis uni-bilateral del hipogloso:** En el caso de una parálisis unilateral, el defecto principal es el del rotacismo, a veces, se dan también defectos en la /e/, /i/ y /o/ por lo que el habla aparece borrosa, débil y de difícil comprensión. En la parálisis bilateral, la lengua aparece inmóvil en el suelo de la boca. Se habla y se mastica con mucha dificultad y la articulación es bastante defectuosa en casi todos los fonemas.

5. Disglosias palatales:

Alteración orgánica del paladar óseo o del blando o velo del paladar que puede motivar dificultades en la articulación de los fonemas. Nos podemos encontrar con malformaciones o anomalías palatinas tales como:

- ***Fisura palatina:*** Se trata de una malformación congénita en la que las dos mitades laterales del velo del paladar no se unen en su línea media. La fisura puede afectar al velo del paladar, al óseo y a la apófisis alveolar del maxilar superior. Con frecuencia se asocia el labio leporino a esta fisura. Con mucha frecuencia los niños con fisura palatina presentan otitis de repetición con infección del oído medio. Deben ser valorados por el OTL y vigilar las posibles pérdidas temporales de audición o la existencia de una deficiencia auditiva permanente de cualquier grado.

Las causas de esta fisura pueden ser de carácter endógeno (herencia) o de carácter exógeno, es decir, debido a radiaciones, alcoholismo, virus, carencia de vitaminas A y B. Es necesaria una intervención quirúrgica que suele ser posterior a la del labio (aproximadamente al año de edad). Pueden utilizarse también prótesis provisionales o definitivas de paladar

A nivel articulatorio, la alteración se refleja del siguiente modo:

- 1) *Golpe de glotis:* La articulación de los fonemas /p/, /t/, /k/, /b/, /d/ y /g/, es sustituida por un pequeño ruido con o sin vibración, dependiendo de si el fonema es sordo o sonoro. Esto lo notaremos a través de la palpación externa de la laringe. Aunque el/la niño/a articule con la laringe mueve los labios normalmente, si separamos los labios con los dedos comprobaremos como articula el mismo sonido, con lo que probamos que no hace uso de los labios para tal faceta. Anatómicamente no se sabe exactamente como se produce el golpe de glotis, hay autores que consideran que se produce como consecuencia del choque de la base de la lengua contra la apófisis.
- 2) *Ronquido faríngeo,* en ocasiones se acompaña de vibraciones laríngeas y reemplaza las consonantes /s/, /x/, /ç/ y /θ/ y, en ocasiones, /f/ y /r/. Se da un sonido similar al que se da cuando se sopla dentro de una botella vacía.
- 3) *Soplo nasal:* Se trata del escape del aire por la nariz durante la emisión de las palabras, produciendo una alteración de todos los fonemas, excepto de los nasales.
- 4) *Rinofonía:* Se trata de la emisión de un timbre de voz grave, que suena como si se hablase dentro de un barril, fruto de una obstrucción nasal y a una insuficiencia del velo palatino.

Nunca debemos perder de vista que cualquier patología infantil puede enmarcarse en un síndrome. Mencionaremos como ejemplo el síndrome de velocardiofacial (VCFS, por su sigla en inglés). Es un trastorno que se ha asociado con más de treinta características diferentes (una enfermedad o trastorno que tiene más que una característica o síntoma que lo identifica es un síndrome.) El síndrome velocardiofacial viene de las palabras latinas "velo", que significa paladar, "cardias", corazón, y "facies" relacionado con la cara. No todas estas características de identificación se encuentran en cada niño que nace con VCFS. Las características más comunes son la palatosquisis (paladar partido), defectos del corazón, apariencia facial característica, problemas de aprendizaje menor y problemas del habla y de alimentación. Se trata de un trastorno de origen genético autonómico dominante. El cromosoma afectado es el 22.

- ***Fisura submucosa del paladar.*** Se trata de una malformación congénita por la que el paladar óseo no se ha unido en su línea media pero sí la mucosa que la recubre. Se trata de una afección poco frecuente y suele presentarse un acortamiento global de todo el paladar.

- **Paladar ojival:** Aunque el paladar ojival favorece la articulación de /t/, /d/ y /l/, son muchos los/as niños/as con esta alteración palatina que ven alterada su articulación como consecuencia de este, por lo que cualquier dificultad articulatoria que podamos encontrar coincidiendo con la presencia de un paladar ojival, debe ser evaluada más en el terreno de las dislalias funcionales que en el de las orgánicas.

Además de todas estas alteraciones palatinas, nos podemos encontrar con otras como el paladar corto, la úvula bífida, el velo corto o perforaciones.

Para terminar con este apartado de la disglosia, tenemos que decir que conviene tener en cuenta otra serie de factores que, asociados a éstas, intervienen negativamente en su rehabilitación como pueden ser la deficiencia mental, la privación sociocultural, la hipoacusia...

- **Disartria.**

Para la producción oral necesitamos un control adecuado de la respiración, de los órganos de fonación y de los movimientos necesarios para la alimentación (succión, masticación, deglución, control del babeo etc.), así como una correcta motricidad y un adecuado control postural. De ahí que la expresión verbal infantil pueda verse afectada por multitud de causas y factores, produciéndose disfunciones en el proceso de comunicación.

En el caso de la PCI la alteración más frecuente es la que se conoce como **disartria**.

Por disartria se entiende un grupo de trastornos del habla como resultado de perturbaciones en el control muscular (debilidad, parálisis, o incoordinación) sobre los mecanismos del habla debido a una lesión o daño en los conductos neuronales.

Perelló y Ponces (1990) señala que la disartria es una dificultad de la expresión oral del lenguaje debida a trastornos del tono y del movimiento de los músculos fonatorios, secundarias a lesiones del sistema nervioso central.

La disartria conlleva disfunciones motrices que se reflejan en forma de alteraciones en la respiración, en la fonación, en la resonancia, en la articulación y en la prosodia, además de problemas con la comunicación oral.

El niño/a con disartria además de las dificultades o imposibilidad de articular fonemas, presenta muchas dificultades para mover los órganos bucales en otro tipo de actividades tales como tragar, masticar o soplar.

Dentro de la etiología de la disartria, cualquier causa capaz de afectar o dañar el sistema nervioso puede ser el desencadenante, un traumatismo craneo-cervical, una tumoración en el cerebro o cerebelo, una parálisis cerebral, pueden ser causantes de una disartria.

La anartria sería el caso más extremo y grave de la disartria, los niños anártricos están imposibilitados para articular correctamente los fonemas de las palabras.

Morley define otro tipo de disartria denominado dispraxia articulatoria de evolución. Es un trastorno infrecuente que se caracteriza por una afectación de la movilidad voluntaria de la lengua, paladar y labios, mientras que los movimientos involuntarios de estos órganos permanecen normales.

En cuanto a las manifestaciones que se suelen asociar a la disartria puede encontrarse una amplia gama:

- En las formas más leves hay una articulación correcta de los fonemas aislados de forma aislada, pero existe dificultad cuando se integra dentro de la palabra.
- El ritmo de la palabra está alterado. Se denomina taquilalia cuando el ritmo es demasiado rápido y bradilalia cuando es demasiado lento.
- La emisión de la voz se ve afectada, pudiendo ser muy fuerte (megafonía) o muy débil (microfonía). Puede darse fatiga muscular, es decir reacciones miasténicas, haciéndose la palabra más débil a medida que se habla hasta llegar a la ininteligibilidad, siendo necesario hacer pausas o descansos.
- En algunos casos se pueden dar trastornos en la respiración, algunas veces la musculatura se contrae e interrumpe la emisión de la voz. Cuando la lesión se encuentra a nivel del sistema motor extrapiramidal, son comunes los espasmos diafragmáticos, los cuales interrumpen el acto respiratorio y la emisión de la voz.

Los errores de articulación de las disartrias pueden ser por omisión, sustitución, distorsión, adicción o inversión de fonemas, pero a estos síntomas pueden agregarse otros de carácter neurológicos como la falta de habilidad motriz de órganos articulatorios, producción de movimientos involuntarios, falta de control voluntario de los movimientos finos (tanto en la palabra como en la escritura).

Las lesiones en el Sistema Nervioso pueden producirse en diferentes puntos y encontramos según la zona de la lesión diferentes tipos de disartria. Explicaremos a continuación las alteraciones en el desarrollo de la comunicación y el lenguaje respecto a cada una de ellas:

- ***Disartria flácida***

Cuando se da una lesión en la motoneurona inferior. Se dan trastornos de fonación, resonancia y prosodia como consecuencia de:

- o Flacidez y parálisis con disminución de los reflejos musculares.
- o Hipotonía y debilidad muscular con alteraciones del movimiento voluntario y reflejo.
- o Debilidad y fatiga con el ejercicio que mejora con el reposo.
- o Posible afectación de la musculatura respiratoria; se puede notar respiración jadeante, frases cortas y estridor inhalatorio
- o Posible pérdida de tono muscular en la cara.
- o Debilidad de la musculatura mandibular, de los músculos del paladar, faringe y laringe, así como de la lengua. Disminuye el reflejo de náusea y pueden aparecer dificultades en la deglución.
- o Pueden darse incluso alteraciones en el movimiento de las cuerdas vocales.
- o Incapacidad para exhalar correctamente el aire durante la deglución, lo que reduce el flujo del aire durante el habla y la respiración se hace rápida y superficial. El niño tiene que interrumpir el discurso para coger aire o acortar la longitud de las frases.
- o Se produce una disfonía flácida; la voz se torna ronca y el volumen es bajo.
- o Podemos detectar hipernasalidad y articulación distorsionada de las consonantes.

- **Disartria espástica**

La lesión se encuentra localizada en la neurona motriz superior.

Como características destacamos:

- Debilidad y espasticidad de un lado del cuerpo contralateral al córtex lesionado, que predomina en los músculos distales de las extremidades, lengua y labios.
- La espasticidad se reconoce por una peculiar resistencia al movimiento pasivo de un grupo muscular, es decir, presentan una exageración de los reflejos de estiramiento muscular.
- Presencia de reflejos patológicos, por ejemplo, el reflejo de Babinski, el cual consiste en el estiramiento del pie y separación de los dedos de los pies.
- La producción oral se caracteriza por una imprecisión articulatoria, lentitud del habla, uso de frases cortas, empleo de un tono bajo y monótono, voz ronca, hipernasalidad y distorsiones vocálicas.
- Lo que no suele estar afectada es la respiración, siendo normal y lo que sí está afectada es la prosodia y la articulación, sobre todo, de vocales.
- La musculatura de la frente, paladar, faringe, faringe y de la masticación está en ocasiones preservada.
- A veces se producen interrupciones de la respiración.

- **Disartria atáxica**

En este caso la lesión se localiza en el cerebelo, lo que da lugar a una hipotonía muscular que provoca movimientos imprecisos, nistagmus y movimientos oculares irregulares, disfunción faríngea, que provoca una voz áspera y monótona, alteraciones de la marcha y del equilibrio.

A nivel oral, sus alteraciones se reflejan a nivel fonatorio, con una voz áspera, monótona, vacilante y débil, irregularidades en el tono y el ritmo, poca definición tanto de vocales como de consonantes, prosodia totalmente alterada, mala entonación y acentuación de palabras.

Por lo tanto, la alteración se da a todos los niveles, fonación, articulación y la prosodia son las más afectadas.

- **Disartria por lesiones en el sistema extrapiramidal**

Las lesiones en el sistema extrapiramidal van a ocasionar dos tipos de disartrias:

- Disartria hipocinética: como la provocada por la enfermedad de Parkinson (se manifiesta en adultos), caracterizada por la lentitud y limitación de movimientos. A nivel oral la voz es débil y monótona, se da una falta de inflexión, articulación defectuosa, uso de frases cortas.
- Disartria hiperkinética: la afectación se refleja en todas las funciones motoras básicas, es decir, a la respiración, la fonación, la resonancia y la articulación, debido a movimientos involuntarios y excesivos por anormalidad del tono muscular debido a un fallo de inhibición de la corteza motora del cerebelo que da lugar a alteraciones fonemáticas. Los trastornos más relevantes son:
 - Corea: movimiento muscular aislado en reposo. A nivel oral sus síntomas son una voz ronca con emisiones irregulares y acortadas y alteraciones prosódicas.

- Atetosis: cambios bruscos del tono muscular que pueden afectar a la lengua, respiración y articulación.
- Temblor: forma rítmica de movimientos anormales que produce interrupciones en la emisión de voz.
- Distonía: movimiento involuntario lento y sostenido con afectación de la voz en forma de distorsión y disminución tonal.

La presentan enfermedades como la Corea de Huntington, muy poco frecuente en niños y la Corea de Sydenham, que sí se manifiesta en niños. Se trata de una manifestación tardía de la fiebre reumática. Aparecen movimientos anormales e involuntarios. Encontramos una articulación imprecisa de fonemas, la prosodia alterada, distorsión vocálica y alteraciones respiratorias y de la fonación. Podemos decir que el habla es irregular, explosiva e impredecible.

- ***Disartria mixta***

Muchos procesos patológicos cerebrales como tumores, inflamaciones traumáticas, enfermedades degenerativas o desmielinizantes, afectan distintos niveles de los sistemas motores. Es frecuente que las disartrias consecuentes de estas enfermedades sean mixtas, en el sentido que poseen patrones de disfunción del habla que combinan características de los sistemas motores implicados. Los cuadros que pueden dar estos trastornos son muy numerosos y contienen características de los desarrollados anteriormente.

2.3. Alteraciones de la fluidez verbal

Entendemos por fluidez verbal la capacidad de establecer un diálogo de manera clara y espontánea, estableciendo conexiones entre frases e ideas de manera natural y no forzadas de manera que el discurso aparece como continuado y prolongado en el tiempo.

Existen diferentes tipos de trastornos de la fluidez verbal:

- **Tartamudez neurogénica:** La disfluencia del habla se inicia a partir de una lesión o enfermedad cerebral en un sujeto que anteriormente tenía las condiciones normales para el habla fluida y/o un habla fluida normal.
- **Tartamudez psicógena:** Contrariamente a la disfemia, se inicia en el adulto, sin causa neurológica, con escasa repercusión emocional. Resulta un trastorno muy poco frecuente, cuya causa la constituye un episodio estresante.
- **Taquifemia (cluttering)** Trastorno particular evolutivo, del tipo de la disfemia, con disfluencias unidas a un habla poco inteligible y excesivamente rápida.
- **Bradifemia:** Lentitud exagerada a la hora de hablar
- **Farfulleo:** Alteración de la fluidez en la cual, además del habla, está afectada la secuencia y el ritmo. El sujeto habla rápido, hace cambios de palabra y sílabas e incluso desorganiza frases.

En cualquier caso, entre los diferentes trastornos de la fluidez del habla, la **disfemia** es el trastorno de la fluidez por excelencia, caracterizándose por repeticiones o bloqueos espasmódicos que afectan al ritmo del lenguaje y a la melodía del discurso.

La **disfemia o tartamudez (stuttering), o tartamudez evolutiva (developmental stuttering)** se inicia en la infancia, típicamente entre los 2 y los 4 años de edad, generalmente coincidiendo con la aparición del lenguaje conectado, o sea, cuando el niño pasa de usar expresiones de una sola palabra a combinar varias palabras formando las primeras frases. Cuando el trastorno persiste durante más de dos años a partir del inicio, se cronifica y se complica con otros síntomas (logofobia, conductas de evitación, sentimientos y actitudes negativas hacia la comunicación) perturbando muchas veces el rendimiento social, académico y más tarde el laboral.

La prevalencia de este trastorno en la población es del 0,75%, aunque en la edad preescolar se calcula que alrededor del 5% de los niños/as experimentan un periodo de tartamudez durante algunos meses. Esta tartamudez es anormal en este porcentaje de niños/as preescolares y diferenciable de la típica falta de fluencia (o 'normal no fluencia') de todos los niños de esta edad.

El término '*evolutiva*' no debe emplearse para describir la 'falta de fluidez que es normal' en todos los niños de edad preescolar (*normal non-fluency*). La tartamudez o disfluencia se diferencia de la normal no fluencia, sobre todo, por la rapidez de las repeticiones y el breve tiempo de duración de las vocales en las repeticiones, las prolongaciones de sonidos verbales con tensión muscular excesiva, los bloqueos motorverbales, y la conducta de esfuerzo para hablar. En algunos casos, puede no ser fácil determinar si la fluidez es normal o no, y requerir un examen cuidadoso.

Estos niños preescolares que tartamudean, es decir, en los que el habla presenta diferencias significativas respecto a la 'normal falta de fluencia', pueden y deben identificarse lo antes posible, ya que ello puede contribuir a intervenir y minimizar el riesgo de que estos niños desarrollen una tartamudez complicada.

Aunque el crecimiento natural juega en muchos casos a favor del desarrollo del habla fluida, en algún caso entre los niños pequeños este trastorno puede ser grave, incluso complicado ya en esta edad, con dificultades en la conducta comunicativa.

Wingate (1976) lo define como: "Un defecto o dificultad en el flujo de habla. Se produce por repetición de sílabas o dificultad de pronunciar algunas de ellas, produciendo paros espasmódicos que interrumpen la fluidez verbal y en los que están implicadas respuestas fisiológicas como la tensión muscular alta".

Van Riper (1973): "Un momento de tartamudez es una palabra que está mal organizada temporalmente, así como la reacción del interlocutor consecuente con la emisión de dicha palabra."

Por su parte, el DSMV define el trastorno de la fluidez de inicio en la infancia (tartamudeo) como unas alteraciones de la fluidez y la organización temporal normales del habla que son inadecuadas para la edad del individuo y las habilidades de lenguaje, persisten con el tiempo y se caracterizan por la aparición frecuente y notable de uno (o más) de los siguientes factores:

- Repetición de sonidos y sílabas.
- Prolongación de sonido de consonantes y de vocales.
- Palabras fragmentadas (p. ej., pausas en medio de una palabra).
- Bloqueo audible o silencioso (pausas en el habla, llenas o vacías).
- Circunloquios (sustitución de palabras para evitar palabras problemáticas).
- Palabras producidas con un exceso de tensión física.
- Repetición de palabras completas monosilábicas (p. ej., "Yo- Yo-Yo-Yo lo veo").

Es un trastorno que se observa en todas las lenguas. Predomina en varones (75%)

Características:

Los síntomas más característicos de la disfemia se ven reflejados a nivel lingüístico, conductual y corporales.

Así a nivel lingüístico, el/la niño/a con disfemia, además de las características recogidas en el DSMV, hace un uso excesivo de muletillas verbales, perífrasis y un lenguaje redundante. Presenta alteraciones sintácticas con frases incompletas, un abuso de sinónimos y con un discurso incoherente. Se puede comprobar una desorganización entre pensamiento y lenguaje.

A nivel conductual, el/la alumno/a con disfemia presenta periodos de inhibición y mutismo, así como de retraimiento e inhibiciones temporales y miedo a expresarse oralmente, este miedo se refleja en reacciones de angustia y ansiedad a la hora de hablar, así como conductas de evitación en situaciones comunicativas que a veces desencadenan en logofobias. A veces se da aceptación de la tartamudez sin afectación ninguna de la personalidad.

Por último, a nivel corporal se observan sincinesias corporales y tics, espasmos y rigidez faciales. Además, son frecuentes las alteraciones fonorrespiratorias y la hipertensión muscular, alteración fonorrespiratoria funcional y respuestas psicogalvánicas como sudoración excesiva, enrojecimiento, palidez...

A lo largo de la historia fueron varias las teorías que intentaron explicar las causas de la disfemia, así, las más relevantes fueron:

1. Aquellos que consideraron la tartamudez como un *problema de carácter genético*. Algunos autores concluyeron que puede darse un factor de predisposición hacia la tartamudez.
2. Aquellos que consideran la tartamudez como un *problema de carácter psicológico*. Los que consideraban este aspecto como desencadenante de la tartamudez analizaron la causa de la tartamudez desde tres perspectivas, por un lado, los consideran que la tartamudez era reflejo de una respuesta aprendida, por otro, los que creían que se trata de una respuesta de ansiedad ante determinados estímulos y, por último, aquellos que la consideran un problema de personalidad.
3. Aquellos que consideran la tartamudez como un *problema de carácter orgánico*. Son varias las teorías que alrededor de este campo se han dado.

Por un lado, están aquellos que consideran a la tartamudez como una disfunción orgánica del cerebro, centraban sus estudios en la dominancia cerebral de los tartamudos, concluyendo una diferenciación de la lateralidad de los tartamudos. Estos estudios se han abandonado al no contar con argumentos de peso.

También se consideró que la tartamudez es debido a un defecto en la percepción o en la retroalimentación. Consideraban que las personas que tartamudean lo hacen porque no perciben la última sílaba o palabra y la repiten. Basaban sus teorías en las conclusiones extraídas de aplicar una retroalimentación auditiva retardada, es decir, al exponer la voz retardada. Se observaba que incluso los sujetos sin tartamudez, comenzaban a hacerlo. Estos estudios no explicaban la tartamudez por lo que no debe considerarse una teoría explicativa en sí.

Recientemente, las pruebas de neuroimagen funcional cerebral y los potenciales cognitivos evocados describen alteraciones cerebrales funcionales de base biológica relacionadas con la tartamudez. Incluso se están hallando diferencias en el volumen de masa encefálica en estructuras relacionadas con la fluidez del habla en el cerebro de pacientes disfémicos en comparación con el cerebro de personas fluentes. También están descritos cambios en estas anomalías cerebrales estructurales y funcionales después de terapia de la tartamudez. Ya hace tiempo que se viene aceptando la tartamudez como un trastorno de origen fisiológico cerebral (y no causado por otro trastorno psicopatológico).

Otras teorías consideran a la tartamudez como una alteración neuromuscular. La aplicación de registros neurofisiológicos tales como el análisis de la respuesta electromiográfica, electrodérmica o el electrocardiograma, ha llevado a pensar que la tartamudez es fruto de una alteración neuromuscular. Estas teorías tampoco explican en sí la causa de la tartamudez.

Por último, también se cree que la tartamudez es debido a la descoordinación de la respiración, fonación y articulación, la cual desencadena en una falta de fluidez.

4. Otro modelo que intentó explicar las causas de la disfemia fue el *modelo integrador de Santacreu*. Este modelo considera que, ante la falta de fluidez, se da un aumento de la ansiedad que da lugar a un incremento de los bloqueos y de la tasa respiratoria. Ante tal situación, el sujeto opta por alguna de estas tres alternativas: habla más rápido, repite lo que dijo o se esfuerza más en lo que dice para hacerlo de modo fluido. Cualquiera de estas tres alternativas seleccionadas por el sujeto provocará una situación de nuevo tartamudeo, con lo que la ansiedad aumentará, se evitarán las situaciones comunicativas y favorecerán la disfemia.

Como podemos observar son varias las posturas que intentan dar una respuesta a la causa de la disfemia, lo que parece claro es que la disfemia no presenta un único desencadenante, sino que la asociación de varios puede ser los que dan lugar a dicha alteración de la fluidez.

En cuanto a la clasificación de la disfemia y atendiendo a las **manifestaciones lingüísticas**, nos podemos encontrar diferentes tipos de disfemia según cómo se manifieste ésta desde el punto de vista lingüístico:

- **Disfemia clónica (stuttering):** Se caracteriza por la repetición convulsiva de una sílaba o un grupo de sílabas durante la emisión de la frase.
- **Disfemia tónica (stammering):** Se caracteriza por una interrupción total del habla, produciéndose al final una salida repentina de la emisión.
- **Disfemia mixta (tónico-clónica o clónico-tónica):** Perelló habla de "la ley del clo-to", según la cual la disfemia comienza en una fase clónica y pasa a tónica si no recibe el tratamiento adecuado. Pueden coexistir en el tiempo las dos manifestaciones.

3. NECESIDADES EDUCATIVAS ESPECIALES DEL ALUMANDO CON ALTERACIONES DEL HABLA.

El término necesidades educativas especiales (nee) viene expresado por primera vez en el Informe Warnock, publicado en el Reino Unido en 1978. Tras el informe Warnock, Brennan (1988) establece que las necesidades educativas especiales se establecen cuando aparece una deficiencia que afecta al aprendizaje de manera que hace necesarios algunos o todos los aspectos especiales al currículo o a unas condiciones de aprendizaje adaptadas para favorecer una educación adecuada y eficaz, por educación especial entiende que la educación especial es la combinación entre currículo, enseñanza, apoyos y condiciones de aprendizaje necesarias para satisfacer las necesidades educativas de los /as alumnos/as de forma adecuada tan eficaz.

La LOGSE menciona el término nee y posteriormente lo define la Ley orgánica de la participación, la evaluación y el gobierno de los centros en 1995. Concretamente recoge: "se entiende por alumnos con nee aquellos que requieran, en un período de su escolarización o a lo largo de ella, determinados apoyos o atenciones educativas específicas por padecer discapacidades físicas psíquicas o sensoriales, por manifestar trastornos graves de conducta o por estar en situaciones sociales o culturales desfavorecidas."

Por su parte, en la LOE-LOMCE "se entiende por alumnado que presenta necesidades educativas especiales, aquel que requiera, por un período de su escolarización, o a lo largo de toda ella, determinados apoyos y atenciones educativas específicas derivadas de discapacidad o trastornos graves de conducta".

Finalmente, en la actual LOMLOE (Ley Orgánica 3/2020, de 29 de diciembre, por la que se modifica la Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación), reserva el término nee para "aquel que afronta barreras que limitan su acceso, presencia, participación o aprendizaje, derivadas de discapacidad o de trastornos graves de conducta, de la comunicación y del lenguaje, por un periodo de su escolarización o a lo largo de toda ella, y que requiere determinados apoyos y atenciones educativas específicas para la consecución de los objetivos de aprendizaje adecuados a su desarrollo".

Una adecuada respuesta educativa que tenga en cuenta la globalidad del alumnado debe centrarse en las nee sin olvidar que éstas pueden variar a lo largo de su desarrollo, obligándolos a mantener un seguimiento continuo y una actitud flexible ante su evolución y sobre todo ante la respuesta que le ofrezcamos.

Todo el alumnado con nee derivadas de alteraciones del habla necesitan que se ponga en marcha el **proceso de identificación y valoración** de sus necesidades educativas y que existan los recursos materiales y personales para ello. Dicho de otra manera, la identificación de las necesidades del alumnado con alteraciones del habla está directamente vinculada con la **evaluación psicopedagógica** (Art. 13 al 19 de la Orden del 8 de septiembre de 2021), ya que es este proceso el que permite determinar de manera precisa qué apoyos, recursos y adaptaciones requiere cada alumno en función de su perfil y dificultades específicas, debiendo recogerse las conclusiones de esta en el **informe psicopedagógico** (Art. 20 al 24 de la Orden del 8 de septiembre de 2021).

Además de estas, todas las alteraciones del habla presentan también una serie de *necesidades de carácter común* a todas ellas:

- El alumnado con nee derivadas de alteraciones del habla contarán con necesidades que comprendan **medidas de convivencia positiva**, fomentando un ambiente de aula respetuoso, seguro y empático, donde todos los alumnos/as se sientan valorados y apoyados, evitando burlas o discriminación por dificultades en el habla. También contarán con la necesidad de desarrollar actividades que permitan la intervención y colaboración de todos los miembros del grupo.
- Este alumnado contará con la necesidad de llevar a cabo **medidas de sensibilización y respeto a la diversidad** a través de la puesta en marcha de talleres, cuentos, juegos de roles y debates sobre la diversidad y la importancia de respetar las diferencias lingüísticas.
- El alumnado con nee derivadas de alteraciones del habla cuentan con la necesidad de adoptar **medidas de intervención tempranas**.
- En relación con las medidas de atención a la diversidad (*Art41 de la Orden del 8 de septiembre de 2021*), en general, no se plantea la necesidad de adoptar **medidas de atención a la diversidad** extraordinaria, a excepción del Profesorado de AL, aunque sí se podrán adoptar medidas de atención ordinarias. Dentro de estas medidas de atención a la diversidad ordinarias, podrá ser necesario:
 - **Adecuación de las programaciones didácticas al alumnado y a las circunstancias de su entorno.** A modo de ejemplo:
 - Disfonía: Se deben incluir objetivos, contenidos etc. que se refieran al conocimiento y puesta en práctica de medidas de higiene vocal para todos los alumnos que ayudarán no sólo a tratar sino a prevenir disfonías. Se deben fomentar ambientes de trabajo poco ruidosos, dar modelos adecuados de uso de la voz (si los profesores gritamos es más probable que los alumnos griten).
 - Alteraciones de la articulación; para colaborar en la rehabilitación del alumno con dislalia y prevenir la aparición de estos trastornos, debemos intentar que el currículo, especialmente el de EI, incluya objetivos y contenidos sobre las bases funcionales del lenguaje, o que aparezca en estos documentos la intención de llevar a cabo programas de estimulación del lenguaje en EI y el primer ciclo de EP.
 - Los alumnos con alteraciones del habla no necesitan modificaciones significativas en el currículo (AC), pero sí un trabajo específico con ellos fuera del aula ordinaria. Es por ello por lo que este alumnado cuenta con la necesidad de una **adecuación de la estructura organizativa del centro, y de organización y gestión del aula a sus características**. De forma más concreta, las ausencias de este alumnado para asistir al aula de AL son cortas y poco frecuentes, encontramos la necesidad de adaptar el horario del alumno a esta circunstancia para evitar un perjuicio en el proceso de E/A.
 - Son necesarias actuaciones que apliquen **metodologías basadas en el trabajo colaborativo en grupos heterogéneos**, tutoría entre iguales, aprendizaje por proyectos y otras que promuevan la inclusión. De esta forma, con estas actuaciones se potenciará la pertenencia y la visibilidad del alumnado con alteraciones del habla. Será conveniente que cuenten con la necesidad de emplear apoyos visuales, instrucciones claras y secuenciadas.

- En cuanto a los **recursos personales** el alumno necesita: Dentro del centro, como se mencionó anteriormente, este alumnado contará con la necesidad de atención por parte del especialista de AL y al DO. Fuera del centro podríamos contar con múltiples especialistas en virtud de la alteración, en líneas generales podríamos contar con el otorrino, el foniatra, el cirujano maxilofacial, el cirujano plástico, el ortodoncista, el logopeda de los servicios sanitarios, en algunos casos el psicólogo, el pediatra, el neurólogo o el fisioterapeuta. En principio tampoco es necesaria la figura del cuidador/a, aunque teniendo presente la particularidad de cada caso, aquel alumnado con PCI (disartria) podría ser candidato a requerir de sus apoyos.
- En relación con los **recursos materiales**, destacar que no necesitamos en el aula de AL un material muy específico. Podemos atender las alteraciones del habla con espejo de pared y ortofónico, colchoneta, depresores, guantes de látex, programas informáticos, láminas, cuentos, fonodil, logofon, listas fonéticas de Quilis, Cicerón, láminas de terapia miofuncional y un largo etc. Si este material no existe también se rehabilitan dichas alteraciones con imaginación y material de fabricación propia. En el caso de la disartria (PCI), además podemos afirmar que en la intervención con estos alumnos se necesita materiales específicos, incluso la adaptación de espacios, dependiendo de la gravedad del caso.
- Presentarán la necesidad de contar con la colaboración con la **familia y profesorado**, en este sentido, presentarán:
 - Necesidad de colaborar con la familia y profesorado, orientándoles sobre como favorecer la comunicación en el ámbito familiar y escolar.
 - Necesidad de asesorar a la familia sobre la importancia de favorecer la madurez y la autonomía personal, así como la necesidad de poner límites a la conducta que faciliten el desarrollo personal y social del niño.
 - Necesidad de orientarles sobre cómo prevenir situaciones de riesgo que pudieran desembocar en algún tipo de alteraciones del lenguaje y habla, o que estén retrasando su evolución y asesorarles en la forma de estimular el lenguaje en el hogar.
 - Colaborar con la familia y profesorado, para el desarrollo de la comunicación, para el aprendizaje de estrategia de comunicación, para el uso de metodologías específicas, sistemas aumentativos de comunicación o ayudas técnicas a la comunicación, en el caso que el niño las requiera.

A continuación, analizaremos las *necesidades de carácter más específico* de las alteraciones del habla. De forma genérica, cabe destacar que el alumnado con alteraciones del habla cuenta con la necesidad de facilitarles experiencias que promuevan la comunicación y faciliten su inclusión.

De forma más particular, hay que destacar que:

- El alumnado con **alteraciones de la voz** contará con la necesidad de enseñar técnicas adecuadas de fonación y respiración, y evitar el abuso o mal uso de la voz, además de procurarle un ambiente educativo tranquilo.
- El alumnado con **alteraciones de la articulación**, contarán con la necesidad de favorecer la estimulación de su lenguaje, presentando la necesidad de favorecer la adquisición del sistema fonológico, su integración en sílabas, palabras y frases, así como la generalización del uso de los fonemas. De forma más particular, en el caso de la disartria, necesitarán tratar los procesos relacionados con la alimentación: succión, deglución, control del babeo y masticación.

Según el tipo de disartria del que se trata podemos considerar que encontramos más necesidades respecto a:

- Fonación, resonancia y prosodia en la disartria flácida.
- Prosodia y articulación en la disartria espástica
- Fonación, prosodia y articulación en la disartria atáxica

En los casos de mayor gravedad podrán requerir la necesidad de implementar un sistema alternativo de comunicación

- El alumnado con **alteraciones en la fluidez verbal** contará con la necesidad de llevar a cabo estrategias de intervención preventivas tendentes a trabajar estrategias de relajación, la prosodia, el ritmo y la fluidez, además de ofrecerles el apoyo emocional preciso para fomentar su confianza, evitar burlas y no forzar repetición de palabras y frases.

| 4. CONCLUSIÓN

Resulta importante destacar la importancia que tiene este tema para los maestros de Audición y Lenguaje, ya que nos proporciona una información imprescindible a partir de la cual preparar las bases de lo que será nuestra intervención en dicho ámbito. Una intervención importante para poder ofrecer un proceso de enseñanza aprendizaje normalizado.

Desde las dificultades más leves a las más graves, nuestra prioridad será proporcionar a estos canales para la comunicación, así como fomentar la misma, ya que lo fundamental será desarrollar la capacidad de relacionarse e interactuar con sus semejantes

5. BIBLIOGRAFÍA

- 📖 Álvarez A., y Graciano C. (2020) El enfoque fonológico en las alteraciones del habla infantil. Editorial Neuroaprendizaje Infantil.
- 📖 Artigas-Pallarés, J., Guitart, M. y Gabau-Vila, E. (2013). Bases genéticas de los trastornos del neurodesarrollo. *Revista de Neurología Española*, 56(1), 23-34.
- 📖 Barros, A. y Flores, F. (1974). Dislalia: ¿Problema de lenguaje o problema de habla? *Revista Chilena de Pediatría*, 45(6), 501-504.
- 📖 Bautista R. et al. (1993) Necesidades educativas especiales. Málaga. Ed. Aljibe.
- 📖 Borregón Sanz, Santos. (2010). Los trastornos de la articulación. Exploración, prevención, diagnóstico y tratamiento. Madrid. CEPE
- 📖 Busto, M.C. (1995) Manual de logopedia escolar. Madrid. CEPE.
- 📖 Cervera-Mérida, J. y Ygual-Fernández, A. (2003). Intervención logopédica en los trastornos fonológicos desde el paradigma psicolingüístico del procesamiento del habla. *Revista de Neurología Española*, 36(S1), 39-53.
- 📖 Conde-Guzón, P., Conde-Guzón, M., Bartolomé-Albistegui, M. y Quirós-Exposito, P. (2009). Perfiles neuropsicológicos asociados a los problemas del lenguaje oral infantil. *Revista de Neurología Española*, 48(1), 32-38.
- 📖 Cuetos, F. (2012). Neurociencia del lenguaje. Bases neurológicas e implicaciones clínicas. Madrid: Panamericana.
- 📖 De las Heras, G. y Rodríguez, L. (2015). Guía de intervención logopédica en las dislalias. Madrid: Síntesis.
- 📖 Echeverría, S (1994). La voz infantil. Madrid. CEPE.
- 📖 Gallego, J.L. (2019). Nuevo manual de logopedia escolar: Los problemas de comunicación y lenguaje en el niño. Granada. Aljibe.
- 📖 Launay, CL y Borel-Maisonny (1989). Trastornos del lenguaje la palabra y la voz en el niño. Barcelona. Masson.
- 📖 Monfort, M (1985). Los trastornos de la comunicación en el niño. Madrid. CEPE.
- 📖 Monfort, M. (1993) El niño que habla. Madrid. CEPE
- 📖 Narbona, J. y Chevré-Muller, C. (2001). El lenguaje del niño. Desarrollo normal, evaluación y trastornos. Barcelona: Masson.
- 📖 Palazón López, Julián. (2025). Intervenciones especializadas para la mejora de la lectura, la escritura, el lenguaje y el habla. Madrid. Pirámide.
- 📖 Pascual, Pilar (1990). La dislalia. Naturaleza, diagnóstico y rehabilitación. Madrid. CEPE.
- 📖 Peña Casanova, J. (1994). Manual de logopedia escolar. Barcelona. Masson.
- 📖 Rondal, J. A.: El desarrollo del lenguaje. (1981) Barcelona. Médica y técnica.
- 📖 Santacreu, J. y Froján, M (1993). La tartamudez. Madrid. Pirámide.
- 📖 Serón, J. M. y Aguilar, J. (1992), Psicopedagogía de la comunicación y el lenguaje. Madrid. EOS.
- 📖 Villegas, F. (2010). Manual de logopedia. Evaluación e intervención de las dificultades fonológicas. Madrid: Pirámide

6. WEBGRAFÍA

- <https://www.edu.xunta.gal>
- <http://www.espaciologopedico.com/>
- <https://www.orientacionandujar.es>
- <https://www.asha.org>
- <https://www.fundacionttm.org/>

