

# Distalías

Isabel Mercedes Nieto Cordero

# DISLALIAS

1.- Introducción y concepto

2.- Frecuencia y edad

3.- Etiología

4.- Clasificación

4.1.- Clasificación de Issler

a) Dislalias fonológicas

b) Dislalias fonéticas

4.2.- Clasificación tradicional

4.2.1.- Dislalias funcionales

I) Etiología

II) Exploración y Pronóstico

III) Reeducción

a) Entrenamiento previo

b) Plan de entrenamiento

c) Corrección de sustituciones

4.2.2.- Dislalias orgánicas

I) Anomalías dentarias

II) Anquilosia o frenillo lingüal

III) Dislalias nasales

IV) La fisura palatina

V) Dislalia audígena

5.- Bibliografía

## 1. INTRODUCCION Y CONCEPTO

Uno de los problemas del lenguaje que aparece con mucha frecuencia en la escuela es el de la articulación incorrecta de un fonema o grupo de fonemas. A este defecto articulatorio se le denomina *dislalia*.

El concepto de dislalia, pues, se refiere a un trastorno de articulación de los fonemas bien por ausencia o alteración de algunos sonidos concretos o por la sustitución de unos por otros. Puede afectar a un fonema o a varios, ya sea consonante o vocal, y supone una clara alteración de la conducta de articulación. Sin embargo, hay que tener en cuenta que fonemas que son dislálicos para un idioma, pueden ser correctos para otros.

El concepto de dislalia es dinámico, ya que varía a lo largo de la historia, por ejemplo: la articulación de /s/ interdental era un defecto en la Edad Media en España y ahora no lo es.

## 2. FRECUENCIA Y EDAD

Existen muy pocos datos sobre la incidencia de dislalia en la población infantil, además éstos varían según la edad de los niños observados y la definición que se da a la alteración. Todo ello obliga a ser poco concreto en este tema y a limitarse a hacer referencia a los pocos datos existentes.

\* Según P. Sheridan (1946), la incidencia de alteración en la articulación, en una muestra de 3.800 escolares ingleses era:

|                        | <u>Niñas</u> | <u>Niños</u> |
|------------------------|--------------|--------------|
| - a los 5 años de edad | 26%          | 34%          |
| - a los 8 años de edad | 15%          | 16%          |

\* P. Norley (1957), distingue entre la incorrecta producción de /s/ y /r/ por un lado, y los errores en otros fonemas, concluyendo que:

|               | a los 4 años | a los 5 años | a los 6 años |
|---------------|--------------|--------------|--------------|
| /s/ y /r/     | 27%          | 22%          | 4%           |
| otros errores | 7%           | 6%           | 2%           |

\* Commoretto (1960) entre 11.782 niños escolares de la provincia de Udina, Italia, encuentra dislalia en el 1,25% y rinolalias en el 0,86%.

\* Según Dewese (1960), las dislalias constituyen del 50 al 70% de las afecciones que se ven en un departamento de Foniatría.

\* Perelló (1965) estudia la articulación castellana en 386 niños catalanes entre 9 y 14 años. Encuentra que el 5,7% presentan rotacismo, 4,66% sigmatismo, el 0,25% de niños presentaban un jotacismo, la /d/ final oclusiva 67,09%, y el seseo 3,88%.

\* Según J. A. M. Martín (1981), la incidencia de trastorno articulatorio funcional entre niños de primer grado era de 9,5% y ya en los de segundo grado era del 4,5%.

\* Lon L. Emerick (1981) hace referencia a que el 50% de los casos que los logopedas escolares británicos tratan, son niños con alteración funcional de la articulación.

La adquisición de los sonidos del habla responde a una habilidad "madurativa" (L. Emerich 1981), de forma que los niños aprenden a articular los fonemas en determinadas secuencias. Por tanto, la disfunción debe considerarse en función de la edad.

Se puede hablar de dislalia aproximadamente a partir de los 4 años de edad, momento en que la mayoría de los niños presentan una correcta articulación de los fonemas.

Templin (1975) presenta un cuadro en el que se muestra el promedio y el límite superior estimados con respecto al aprendizaje de la producción de los fonemas por parte de los niños británicos. Cada barra indica la edad promedio en la que empieza a producirse el sonido y cuando el 90% de los niños ya lo articulan correctamente.

### **3. ETIOLOGIA**

La mayoría de los estudios objetivos no determinan el origen de la dislalia (J. Irwin, 1972), pero la práctica clínica diaria induce a pensar que existen posibles factores etiológicos, además de aspectos que favorecen indirectamente la existencia o el mantenimiento de la alteración. Se ha comprobado que al tomar estos factores como base de tratamiento, la evolución es francamente positiva.

Los factores etiológicos más importantes son:

- Permanencia de esquemas de articulación infantiles
- Déficit en la discriminación auditiva
- Movilidad deficiente de la lengua
- Hábitos de deglución atípicos
- Déficit en la orientación del acto motor lingual.

Aspectos colaterales que favorecen la aparición y/o el mantenimiento de la dislalia son:

*Predisposición genética:* Según Nutton (Nutton 1980) existe una predisposición neurológica, transmisible en la patología del habla, en casos de inteligencia y percepción auditiva normales.

*Incidencia psicosocial:* A veces la patología está potenciada por la carencia de estimulación cultural en el entorno donde se desenvuelve el niño y las posibles psicopatologías de éste.

#### **4. CLASIFICACION**

Existen diversas clasificaciones de las dislalias. En éste trabajo vamos a mencionar la clasificación de Issler y posteriormente la clasificación tradicional. Esta última la estudiaremos con más detalle.

##### **4.1 Clasificación de Issler (1983)**

a) *Dislalias fonológicas:* Las características de éstas dislalias dependen de los procesos de discriminación auditiva y afectan a los mecanismos de conceptualización de los sonidos y a las relaciones entre significantes y significados.

b) *Dislalias fonéticas:* Las causas de éstas dislalias son fisiológicas, es decir de realización articulatoria con rasgos característicos de "insensibilización orgánica" y de incoordinación motriz. El ritmo vocálico se altera por la

inconsistencia de la práctica fonatoria y de la imprecisión al producir sonidos contratados.

## 4.2 Clasificación tradicional

Esta clasificación está basada en el modo en que se producen las dislalias: funcionales y orgánicas.

### 4.2.1 *Dislalias funcionales*

La dislalia funcional se define como la articulación mala deficiente de algún o algunos fonemas del idioma sin causa orgánica conocida.

Cuando una consonante no se puede articular, hay una tendencia natural a suplir el déficit de una manera determinada, algunos de ellos son:

- Sustitución: Error en el que un fonema se sustituye por otro. Es el más frecuente en la dislalia funcional y el más difícil de corregir.
- Omisión del fonema que no se puede articular.
- Distorsión: Cuando un sonido se emite de forma incorrecta, pero sin sustituirlo por ningún otro.
  
- Inserción: Intercalar junto al sonido que no se puede articular, otro que no corresponde a la palabra.

## I) Etiología:

Determinar la etiología de los problemas de articulación antes expuestos, es muy difícil.

En primer lugar hay que asegurarse que el niño oye bien y que no existen otros problemas asociados, como por ejemplo, alterar el orden de la palabra, omitir artículos etc... ya que esto sería un problema muy específico del lenguaje y no una dislalia.

Excluidos estos casos, los siguientes factores pueden ser causa de la aparición o el mantenimiento de las dislalias funcionales.

- Escasa habilidad motora: El desarrollo del lenguaje está estrechamente relacionado con el desarrollo motor. La articulación del lenguaje se realiza por movimientos finos de los órganos de fonación y articulación; en muchos casos puede aparecer torpeza y falta de agilidad de esos movimientos.
- Falta de discriminación auditiva: Cuando se confunden acústicamente determinados fonemas, éstos se pueden intercambiar al pronunciarlos, o pronunciarlos mal. En estas situaciones del sentido rítmico está muy disminuido. Estos casos son los que requieren una acción recuperativa más directa, ya que en

el caso de los niños, estos errores pueden aparecer posteriormente en la escritura.

- Factores psicológicos y ambientales: Estos factores, casi siempre juegan un papel muy importante en la generación del trastorno, aunque generalmente suelen ir asociados a otros factores.

En el entorno del niño hay que evitar, por parte de los adultos, el modo de habla infantil; utilizando expresiones gramaticales correctas se incrementa la estimulación lingüística.

Las situaciones de bilingüismo cuando el aprendizaje del segundo idioma se produce con posterioridad al dominio del primero y ya avanzada la infancia; puede ser otro factor importante de tipo ambiental. La repercusión de las situaciones de bilingüismo en los retrasos de habla infantil y en los problemas articulatorios no está del todo clara. Si no confluye ningún factor situacional adverso, no podemos afirmar que las situaciones de bilingüismo alteren la pronunciación infantil.

- Factores congénitos y hereditarios. Una dislalia, no se hereda o no existen datos suficientes como para poderlo afirmar. Actualmente el tema herencia-medio es en este caso tan polémico como en otros muchos.

## II) Exploración y pronóstico

El primer paso de toda exploración es una detección: en la escuela diaria de un niño podremos percibir claramente cuales son los fonemas que pronuncia, lo que no pronuncia y los que pronuncia alteradamente.

En primer lugar hay que determinar si la mala articulación se debe a una dislalia. Esto puede comprobarse si al hacer repetir la palabra muy despacio se articula bien, entonces hay un problema distinto de una dislalia.

Una vez determinada la existencia de dislalia, hay que averiguar:

- 1.- Los fonemas mal pronunciados o no pronunciados.
- 2.- Si el fonema alterado es sustituido por otro, es omitido o aparece distorsionado.
- 3.- Si la articulación incorrecta depende de la posición del fonema en la palabra. (Inicial, media o final).

Con una inteligencia suficiente, buena audición, edad adecuada, es siempre posible la curación completa, trabajando durante varios meses. Las recaídas son excepcionales.

Si el enfermo conoce su defecto y no le molesta, es un mal caso para reeducar. Si el enfermo es consciente del defecto y sufre por ello, la reeducación será fructífera.

### III) Reeducación:

La edad más favorable para la recuperación de esta alteración articulatoria está alrededor de los 5 años.

En el caso de los niños, la reeducación debe llevarse a cabo antes de que el niño aborde el aprendizaje de la lectura y la escritura.

El objetivo general de la reeducación no consiste en corregir fonemas, sino en enseñar fonemas nuevos.

Los materiales para llevar a cabo la rehabilitación son: Una habitación tranquila y bien iluminada, un espejo, y cualquier instrumento que controle el movimiento de la lengua.

Una vez implantado un fonema hay que consolidarlo. Este es el aspecto mas difícil del tratamiento. En esta etapa las personas que conviven en el entorno tienen la clave para la generalización del fonema aprendido, ya que pueden ayudar a que se articule bien en distintas situaciones. En el caso de los niños, los padres con un mínimo entrenamiento, deben ser los agentes directos en la rehabilitación de las dislalias de sus hijos.

a) Entrenamientos previos.

Una vez detectado el problema, hay que iniciar el tratamiento. En la mayoría de los casos se empieza por uno de los dos siguientes entrenamientos:

- Entrenamiento en discriminación auditiva.
- Entrenamiento en control motor.

- El entrenamiento en discriminación auditiva se realiza cuando hay dificultad en distinguir el fonema alterado de los más próximos en orden de articulación.

En niños que ya saben escribir, una discriminación auditiva insuficiente, se detecta, porque cometen el mismo error cuando escriben al dictado palabras que contengan dicho fonema. Cuando los niños no saben escribir, la discriminación auditiva insuficiente se puede detectar indicando al niño que golpee en la mesa cuando oiga una sílaba determinada, al presentarle una lista de sílabas parecidas, entre las que haya fonemas que el niño no sepa articular. Por razones obvias esta prueba hay que hacerla de espaldas al niño.

Si no se detecta discriminación auditiva hay que seguir un tratamiento para que el niño la consiga. Durante el entrenamiento miraremos al niño y exageraremos las posiciones de la boca al articular los fonemas. Progresivamente podremos ir adaptando unas posiciones de la

boca menos exageradas, y poco a poco giraremos la cabeza hasta volver a quedar de espaldas al niño.

- El entrenamiento en control motor, hay que realizarlo cuando haya dificultades en el control de los músculos que intervienen al articular el fonema alterado.

Existen una serie de ejercicios en estos tratamientos para lograr agilizar el control motor. Entre otros se pueden citar los siguientes:

- abrir y cerrar la boca.
- soplar sobre trozos de algodón o sobre papelito y apagar cerillas
- extender y fruncir los labios
- morder el labio superior o el labio inferior
- sacar y meter la lengua alternativamente despacio o deprisa
- sacar la lengua y dirigirla hacia arriba, hacia abajo, a la izquierda o a la derecha
- movimientos alternativos de elevar la punta de la lengua hasta el paladar y volverla a su posición normal
- movimientos circulares de la lengua alrededor de los labios
- empujar alternativamente las mejillas con la lengua
- emitir un sonido vibrante con la lengua entre los labios, pero sin morderla con los dientes
- Inflar y desinflar las mejillas alternativa o simultáneamente

b) Plan de tratamiento.

En algunos casos y tras haber realizado estos entrenamientos previos, el fonema en cuestión comienza a articularse bien. Esto se produce cuando la razón de la pronunciación alterada era una imposibilidad motriz o discriminativa. Pero en la mayoría de los casos esto no sucede, y hay que seguir una serie de pasos bien estructurados para lograrlo:

- El niño observará atentamente la posición articular del educador. Si es necesario y se dispone de material en el momento, la observará también en fotografías de la zona bucal tomadas durante la emisión del fonema.
- Se le dará al niño una explicación de lo que se está haciendo.
- Se le pedirá al niño que haga lo mismo, y con una espátula dirigiremos la lengua al sitio exacto.
- El niño y educador adoptarán ambos la posición delante del espejo, pudiendo de este modo constatar el niño si su posición es o no correcta.
- Se añadirá, una vez lograda la posición adecuada, la emisión del sonido, y tras una serie de aproximaciones sucesivas se irá consiguiendo el fonema.
- Una vez lograda la articulación se repetirán una serie de palabras que contengan dicho fonema en posición inicial, media o final, delante o detrás de consonante: consecución ecoica del fonema.
  
- Seguiremos trabajando con una serie de objetos o dibujos, que la palabra para denominarlos contenga también el fonema: consecución en tactos.
- Fonema en intraverbales: a través de preguntas y conversación con el niño se pueden ir provocando palabras con el fonema aprendido.

Es ahora el momento en que se necesita una estrecha colaboración con los padres para que el niño adopte la misma conducta articulatoria fuera de las sesiones, en su vida normal.

Este método suele ser eficaz en los casos en que el fonema se omite o se distorsiona; pero cuando el fonema se sustituye por otro habrá que acudir a una serie de estrategias diferentes ya que esta vía puede fracasar fácilmente.

La razón del fracaso puede radicar en que el niño muestre una gran crispación en la lengua debido a que tiene, el esquema fonético alterado tan asimilado que aunque coloque la lengua en la posición correcta, al emitir el fonema se sigue produciendo el alterado o se degenera rápidamente la posición. Siempre que un niño al hablar sustituye un fonema por otro, hay una razón para que un fonema se sustituya por uno determinado y no por ningún otro; no hay situaciones aleatorias, ya que se producen por algún rasgo determinado.

Cuando una consonante se sustituye por otra, siempre hay un rasgo -o varios- común entre ellas. Veamos algunos ejemplo:

\* "bonita"/"monita". Los fonemas /b/ y /m/ se articulan exactamente igual: oclusión labial, y se distinguen porque /b/ es oral y /m/ es nasal.

\* "gato"/"cato": /g/ y /k/ también se articulan en el mismo punto: el dorso de la lengua toca el velo del paladar, pero mientras /g/ es un fonema sonoro, /k/ es sordo.

\* "casa"/"tasa": tanto /k/ como /t/ son fonemas oclusivos sordos, pero /k/ es de orden velar y /t/ es de orden dental.

\* "lápiz"/"dápiz". La posición de la lengua al articular /d/ y /l/ es muy similar, únicamente la punta de la lengua está algo mas adelantada en /d/; la diferencia básica radica en que /d/ es un fonema específicamente consonántico y /l/ es un fonema líquido (que posee tanto rasgos vocálicos como consonánticos).

### c) Corrección de sustituciones.

Para conseguir este objetivo es conveniente que el educador siga una norma práctica: sentarse delante de un espejo con la mayor concentración posible, articular los fonemas aisladamente o formando sílabas, anotar los movimientos y posiciones exactas de los órganos articulatorios al emitir el fonema. Una vez que el educador tenga conciencia de esas posiciones le será mucho mas fácil implantarlas en el sujeto dislálico.

Trataremos de la corrección del ensordecimiento y de los fonemas mas frecuentemente alterados: /r/ y /rr/, /l/ , /s/ y /k/, así como de los fonemas dobles o sinfonos (br,pl,fl,cr,dr...).

- Corrección del ensordecimiento. Entendemos por ensordecimiento la sustitución de una consonante sonora por su correspondiente sorda. Es uno de los errores más frecuentes y más difíciles de corregir. La razón puede radicar

en que son fonemas que se articulan en el mismo punto de articulación, con una posición idéntica de los órganos articulatorios.

El camino tradicional de tratamiento de estas sustituciones ha sido el de captar las vibraciones laríngeas por contacto. Existen otros caminos de tratamiento basados en los restantes factores a los que obedece el rasgo de sonoridad. Se puede conseguir el fonema correcto a través de factores de intensidad y duración de la voz principalmente, siguiendo todos o alguno de los pasos que a continuación se detallan, utilizando como modelo de la sustitución de /b/ por /p/:

- Decir "pa" muy bajito, que apenas se oiga.
- Decir "pa" fuerte y a continuación "pa" muy bajito. Pa-pa-Pa-pa... Ya el sonido que se consigue con este contraste es muy próximo a "ba", y esta serie puede parecerse a "paba" o "pava" para darle significado.
- Decir "pa" con los labios juntos, pero sin apretarlos. En este caso, el sonido que se produce ya es "ba".
- Cuando digamos "pa" sin apretar los labios vamos a ver lo que pasa con una cerilla encendida situada enfrente de la boca: la llama se mueve, pero no se apaga. Si decimos "pa" fuerte y con los labios apretados, la llama se apaga rápidamente.

A través de estos pasos más o menos lentos o laboriosos, se suele conseguir la articulación correcta del fonema. Una vez conseguida la articulación del fonema conviene seguir los pasos del plan de tratamiento propuestos anteriormente.

- Corrección de /r/ y /\_/. Los defectos de articulación de ambos fonemas son muy frecuentes, se conocen con el nombre de "rotacismos". La corrección de ambos fonemas es muy similar, ya que entre los dos solo hay una diferencia de tensión.

El tratamiento de estos casos se realiza en dos facetas diferentes:

1ª Agilización de movimientos de lengua, siguiendo todo el entrenamiento en el control motor ya descrito.

2ª Consecución de movimientos vibratorios de la lengua: es el aspecto más difícil y el más decisivo en todo el tratamiento. Consiste en provocar vibraciones en zonas progresivamente más próximas a la lengua hasta llegar a producir movimientos vibratorios linguales. El trabajo que seguimos puede ser esquemáticamente el siguiente:

- Poner la mano sobre cualquier aparato que produzca vibraciones: un altavoz, pequeños electrodomesticos...
- Reproducir movimientos vibratorios rápidos con la mano: hacer dientes de sierra en el aire o sobre un papel.
- Provocar vibraciones sobre el estómago o sobre la garganta moviendo rápidamente estos órganos a la vez que el niño emite una aaaaaaaa.
- Vibraciones de los labios: labios juntos, inspiración profunda y espiración rápida produciendo el típico sonido de arrancar una moto.

- Vibraciones de las mejillas al inflar y desinflar las mejillas alternativa y rápidamente.
- Movimientos pasivos vibratorios en la lengua: una simple espátula envuelta con una gasa o un tejido de cierta aspereza servirá para frotar la lengua y producir cierta sensación de "cosquilleo".
- Frotar la lengua sobre la parte posterior de los dientes hasta que se produzca el mismo "cosquilleo".
- Soplar fuertemente con la lengua entre los labios con y sin emisión de sonido.

Progresivamente los dientes se van separando manteniendo la lengua en la misma posición hasta que la boca quede entreabierta.

- Corrección de /l/. Un error muy frecuente de articulación de /l/ es la omisión: Lápiz/ápiz, lo cual se produce debido a que la lengua no adopta la tensión ni la dimensión necesaria como para tocar con la punta de los alvéolos sin rozar siquiera los molares.

Las sustituciones son muy frecuentes con respecto /d/, /t/, /r/ y /n/.

Para realizar esta corrección es necesaria una gimnasia lingual. La mecánica de corrección, una vez adquirida la movilidad adecuada, suele ser de muy fácil realización. Simplemente emitiendo /a/ con la lengua en posición de /l/, surge el sonido "la". Conviene utilizar gestos como la elevación de la mano extendida que vayan induciendo a la lengua a elevarse lo más posible. Repetimos

que la obtención de /l/, aunque con mucha frecuencia se altera su articulación, es fácil y rápida.

- Corrección de /s/. Los defectos de articulación de /s/ son muy frecuentes, fundamentalmente en determinadas áreas geográficas. Este fonema se puede alterar porque o el aire no sale canalizado, produciéndose sustituciones por /t/ o /ch/ principalmente, en función del punto de apoyo del ápice lingual, o porque se acompaña de una salida lateral del aire, produciéndose en este caso un sonido extraño, no identificable, caracterizado porque se acompaña de cierta vibración de las mejillas. Su corrección es una de las más difíciles que se suelen presentar.

Inicialmente el tratamiento debe perseguir el logro del silbido característico de /s/, facilitándose en gran medida con la ayuda de algún símil, como el de guardar silencio con el dedo índice sobre los labios.

El tratamiento se ha centrado básicamente en distinguir /s/ de los fonemas objeto de sustitución acompañado de un moldeamiento progresivo de la posición a través de la articulación continuada de /i/ a baja intensidad. En

algunos casos se ha conseguido la obtención de /s/ partiendo de la emisión continua de /f/. Si la sustitución se realiza por /t/ o /ch/, hay que ayudarse de una espátula para sostener la punta de la lengua por debajo de los alvéolos inferiores con la finalidad de conseguir una posición incompatible con la de elevar la lengua hacia los incisivos superiores o hacia el paladar respectivamente. Si se trata de /s/ lateral, además de presionar la lengua hacia abajo, ejercemos

presión con las manos sobre las mejillas para impedir la vibración de éstas y conseguir un sonido que cada vez se asemeje más a /s/.

- Corrección de /k/. Es muy frecuente que el fonema /k/ se sustituya por /t/, sobre todo en los niños más pequeños. Esta sustitución evolutivamente hablando, entra dentro de la normalidad. Cuanto más tiempo se mantenga el niño en su habla infantil, más tarda en diferenciar /k/ y /t/.

La omisión, la nasalización y las sustituciones por /t/ y /g/ son los tipos de alteración más frecuentemente observados en la articulación de este fonema.

Si /k/ se omite (casa/asa), la implantación del fonema se puede hacer a través de /j/ o /g/, si es que estos no están alterado o se omiten igualmente.

- Corrección de consonantes dobles (pr, br, fr, tr, dr, gr, cr, pl, bl, fl, gl, cl). La alteración en estas consonantes se puede producir aún en el caso de que se articulen correctamente cada uno de los componentes del par. Evolutivamente, la contracción de dos consonantes aparece tardíamente, pudiendo prolongarse la aparición durante un tiempo más o menos largo.

Lo importante de estas mezclas consonánticas es que el niño las percibe como si se trataran de un solo sonido, muy difícil de producir por otro lado, y no de dos sonidos ya conocidos.

El tratamiento debe iniciarse por una diferenciación progresiva de tipo acústico-perceptivo de ambos fonemas, y a partir de ahí, se continuará el

proceso de tratamiento. El tratamiento se debe demorar hasta que el niño sea capaz de desglosar los dos fonemas, ya que anteriormente puede suponerle un esfuerzo bastante inasequible.

**4.2.2 Dislalias orgánicas.** La dislalia orgánica se refiere a los defectos de articulación de los fonemas debido a alteraciones orgánicas de los órganos periféricos del habla.

En este apartado nos vamos a referir a las técnicas empleadas para corregir a aquellas personas que no pronuncian adecuadamente determinados fonemas porque tienen una malformación dentaria, o tienen "frenillo", o porque nacieron con una fisura en el paladar.

En general, los métodos de corrección de estas dislalias orgánicas son similares a los vistos con respecto a las dislalias funcionales, aunque teniendo en cuenta algunas consideraciones que veremos a continuación:

- A veces existe una excesiva dificultad o imposibilidad del sujeto para realizar el movimiento o adoptar la posición articulatoria adecuada (caso, por ejemplo, de la anquilosia o "frenillo" tan frecuente en muchos niños).

- Si se trata de una malformación susceptible de intervención quirúrgica, será necesario un período de entrenamiento postquirúrgico

para que el sujeto se adapte al normal funcionamiento del órgano intervenido.

- En todo caso será necesario apreciar si la movilidad de los órganos es normal o puede serlo. En caso, negativo, la única cosa factible en el tratamiento será buscar compensaciones. Por ejemplo: si un niño tiene los dientes tan deformes que no consigue adoptar la posición labial necesaria para emitir /p/, debido a que el labio inferior roza con los dientes superiores en lugar de hacerlo con el labio superior, se producirá muy probablemente un sonido similar al del fonema /f/. Si por cualquier razón no se han aplicado medidas protésicas o tratamiento odontológico, lo único que podremos hacer es que el niño aprenda a emitir un sonido que se parezca lo mas posible al de la /p/, aunque conserve su similaridad con /f/.

A continuación vamos a tratar los tipos de dislalias orgánicas que con más frecuencia se suelen presentar.

### I) Anomalías dentarias

Sabemos ya que la articulación de los fonemas se puede ver alterada por la forma, presencia y ubicación de los dientes. Estas malformaciones pueden tener origen hereditario, hormonal o se pueden deber a problemas de alimentación.

Es bastante frecuente encontrarlas entre deficientes mentales. En ocasiones se pueden producir por un uso abusivo del chupete o succión del pulgar. También van muy unidas a algunos tipos anormales de deglución como la deglución con lengua adelantada propia de parálíticos cerebrales, acompañándose siempre en estos casos de un excesivo babeo y una posición habitual de la lengua entre los labios.

La ortodoncia es indudablemente la primera terapia en estos casos, pero a veces no es aconsejable o no es eficaz. Hay que considerar también que la misma implantación protésica puede provocar una nueva dislalia, debido a que la lengua tiene que variar su ubicación y sus puntos de apoyo así como la amplitud de su recorrido. Por ello, siempre que se haga ortodoncia conviene proceder con una reeducación ortofónica paralela para que la lengua se vaya habituando al órgano extraño introducido en la boca y de este modo se elimine en gran medida la probabilidad de aparición de dislalias. Las mismas medidas, y por las razones opuestas, habría que tomar cuando se quita la prótesis dentaria.

## II) Anquiloglosia o frenillo lingüal

La existencia del frenillo lingüal obedece al tamaño de la lengua al nacer que varía mucho de un niño a otro. Si la lengua es muy corta, el frenillo llega hasta la punta de la lengua, impidiendo a esta parte de su movilidad y , lógicamente, imposibilitando la articulación de fonemas que requieren una elevación de la lengua hacia puntos próximos al paladar.

Antiguamente era un problema que casi se consideraba "causa de todos los males" del niño. En algunas civilizaciones cortaban el frenillo a todo niño al nacer,

y de modo ritual en algunos casos, pudiendo producirse emorragias y algunos males irreparables. Según estudios y observaciones actuales, se ha comprobado que el frenillo no tiene ni mucho menos la importancia que la historia le ha venido dando, y que exclusivamente altera la articulación de /rr/ y /l/, lo cual no quiere decir que las articulaciones incorrectas de estos fonemas siempre obedezca al frenillo lingual, creencia que aún se sigue manteniendo.

La primera medida a tomar en estos casos, bastante infrecuentes por otro lado, es una simple intervención quirúrgica consistente en hacer un corte en este frenillo con el fin de liberar la punta de la lengua. Pero lo cierto es que con esta intervención las dislalias no desaparecen automáticamente, y en este momento es cuando tiene que intervenir el tratamiento del lenguaje.

Cuando a un niño se le corta el frenillo su lengua va a quedar torpe y anquilosada, resultado lógico de haber tenido mucho tiempo una movilidad muy limitada. Este problema será tanto más importante cuanto mayor sea el niño. Por ello es conveniente resolverlo lo antes posible, pero nunca antes de estar seguros de que el niño va a pronunciar mal, y de que tiene problemas de articulación por esta razón, ya que si no es así, la intervención será totalmente ineficaz.

El tratamiento consiste en un entrenamiento en control motor principalmente, siendo en algunos casos muy lento y en ocasiones muy aburrido. Se trata de conseguir que una lengua torpe y con muy poca movilidad adquiera las posiciones cambiantes necesarias para hablar correctamente.

Superado este primer entrenamiento, puede concluir aquí el tratamiento, al desaparecer el obstáculo que impedía articular bien. En otros casos habrá que seguir el plan de tratamiento general como en las dislalias funcionales.

### III) Dislalias nasales.

La dislalia nasal consiste en la alteración de la articulación de las consonantes nasales. Son las llamadas rinolalias cerradas.

Se puede deber a cualquier fenómeno que obstruya las fosas nasales y dificulte la respiración nasal y oscila entre el simple catarro, pasando por unas vegetaciones adenoideas muy desarrolladas, desviación del tabique nasal, hasta

alteraciones más profundas y de más difícil pronóstico, pudiendo en algunos casos presentarse como disfonía.

El tratamiento no procede lógicamente en casos pasajeros: nunca se lleva a cabo un tratamiento en un sujeto por el hecho de estar resfriado. En los casos de tipo crónico la primera medida será quirúrgica si es posible y conveniente, ya que, aparte de la alteración articulatoria, conlleva una serie de problemas orgánicos. El tratamiento articulatorio propiamente dicho, debe constar de los siguientes pasos:

- Entrenamiento en respiración nasal rápida y lenta.
- Alternancia de respiración nasal y bucal: inspiración nasal / espiración bucal y a la inversa.
- Alternancia de respiración nasal y bucal con intervalos respiratorios.  
Por ejemplo: inspiración nasal lenta / espiración bucal rápida;

inspiración nasal rápida / espiración bucal lenta; inspiración nasal lenta / espiración bucal lenta; inspiración nasal rápida / espiración bucal rápida.

- Emisión de /m/ y /n/ alargando el sonido tanto como sea posible.
- Emisión de sílabas terminadas en consonante nasal, redundando en la nasalización:
  - Emisión de sílabas directas con consonante nasal.
  - Eliminación progresiva de la redundancia nasal.
  - Paso a sílabas directas: na, no, ni, ni, nu...

A partir de este momento, cuando ya se haya logrado la emisión de fonemas nasales, seguiremos el plan general descrito para el tratamiento de dislalias funcionales, siguiendo todos los pasos o parte de ellos, en función del nivel del problema articulatorio.

#### IV) La fisura palatina.

La fisura palatina es una malformación congénita por la cual las dos mitades del paladar no se unen, quedando una hendidura entre ellas. La fisura puede abarcar al velo del paladar, al paladar duro, a los alvéolos superiores e incluso al labio superior o labio leporino.

Esta deformación repercute inicialmente en la deglución: niños que expulsan por la nariz el contenido del biberón y más tarde va a repercutir intensamente en el habla. La etiología del problema aún no está bien clarificada.

La norma en todo fisurado es que no hable bien. Se presentan siempre una serie de alteraciones del habla, de las que mencionaremos las más características:

- a) Escape de aire nasal. Por la fisura se escapa el aire de la fonación hacia la nariz, alterándose el sonido de todos los fonemas, excepto los nasales. Se produce una resonancia nasal conocida como *rinolalia abierta*.
- b) Golpe de glotis. Las consonantes explosivas se sustituyen por un ruido debido a una retracción de la lengua hacia atrás y a una contracción de la laringe.
- c) Desperdicio del aire, producido por una flojedad respiratoria y por un no aprovechamiento del aire espirado.

El tratamiento inicial del fisurado es quirúrgico en todo caso. Conviene realizar la intervención cuanto antes para que el niño no llegue a crearse hábitos defectuosos de hablar. Lo más acertado sería realizarla al nacer el niño y desde luego siempre antes de los seis meses. Esto no quiere decir que los problemas del fisurado desaparezcan con la operación, pero disminuyen sensiblemente. Son muy pocos los casos en que la fisura desaparece totalmente. En algunos casos la operación se he de volver a repetir tras un cierto período de tiempo.

El tratamiento del lenguaje va a ser esencial en todos los casos, y aquí va a ser necesario un entrenamiento precoz, iniciándolo en el momento en que el niño

sea capaz de prestar un mínimo de atención y manifieste algún tipo de colaboración.

El tratamiento lo dividimos en dos grandes etapas:

1ª) Tratamiento prelingüístico.

2ª) Tratamiento lingüístico propiamente dicho.

1ª) Tratamiento prelingüístico. En esta etapa se intenta mejorar la función de los órganos afectados para que sean posibles las correcciones

específicas del habla. Abarca la actividad respiratoria, la movilidad del velo del paladar y la movilidad del labio superior.

2ª) Tratamiento lingüístico. En esta segunda etapa se trata de corregir los errores concretos y las alteraciones del habla.

De todas formas, al fisurado siempre se le va a notar en términos generales su habla turbia y nasalizada. La calidad de la intervención quirúrgica y la edad en la que se realizó van a ser decisivas en esta recuperación. Pero si con un tratamiento conseguimos que al niño se le entienda lo que habla y que rompa sus posibles miedos a hablar, la nasalización se convertirá en un aspecto muy secundario.

## V) Dislalia audígena.

La hipoacusia, en mayor o menor grado, impide la adquisición y el desarrollo del lenguaje, dificulta el aprendizaje de conocimientos escolares, trastorna la afectividad y altera el comportamiento social.

En este apartado se estudian las dislalias debidas a las hipoacusias padecidas antes de la adquisición del lenguaje.

Las causas de la hipoacusia son múltiples, desde sordera hereditaria hasta los simples catarros tubáricos. El síntoma más llamativo, es el retraso en la adquisición del lenguaje y cuando este se adquiere (si se adquiere) se presenta lleno de dislalias.

El habla del niño hipoacúsico se caracteriza por la predominancia de los armónicos graves en el aspecto de las vocales y una reducción de la melodía de la palabra. Las variaciones de intensidad están bastante conservadas. El débito del habla es más lento que en el niño normal. Tanto es así, que, según Kaiser (1962), el número de palabras habladas por minuto está en proporción inversa con el grado de sordera.

Otra característica manifiesta es el constante *¿que?* interrogativo que hace el niño a cada frase de sus padres y que hace parecer que siempre está distraído y el poco rendimiento escolar, con castigos por falta de atención y poco aprovechamiento.

Vergés (1960) ha insistido mucho sobre este síndrome de la hipoacusia escolar inadvertida, caracterizado, además de la sordera, por el desconocimiento de la misma por los padres y maestros, por el retraso en los estudios y por el cambio de carácter del niño en forma de rehusar la compañía de otros niños, introversión, pereza, mentiras, desconfianza y hostilidad.

Desde el punto de vista social el hipoacúsico inadvertido es un inadaptado latente.

El pronóstico depende del grado de sordera, de la capacidad intelectual del niño y de su aceptación en el medio familiar. Con el uso del audífono y la reeducación logopédica el pronóstico es muy satisfactorio.

## 5. BIBLIOGRAFIA

### Bibliografía consultada

- Mendoza, E. "Hablar, estudio de las alteraciones del lenguaje en la edad preescolar". Servicio de Publicaciones del Patronato Municipal de Escuelas Infantiles del Excelentísimo Ayuntamiento de Granada, 1987.
- Peña, J. "Manual de logopedia". Nasson, S.A. 1992.
- Perelló, J. "Trastornos del habla". Editorial Científico-Médica 1981.
- Corredera, T. " defectos de la dicción infantil" Editorial KAPELUSZ . Buenos Aires 1949.