

CARACTERÍSTICAS DE LA PERSONALIDAD Y ALTERACIONES DEL LENGUAJE EN EDUCACIÓN INFANTIL Y PRIMARIA

Juan Manuel Moreno Manso
Universidad de Extremadura, España

1. INTRODUCCIÓN

Con este trabajo llevamos a cabo una revisión teórica sobre las características de la personalidad asociadas a varias de las patologías del lenguaje oral que tienen una mayor incidencia en Educación Infantil y Primaria. Concretamente vamos a referirnos a la disfonía, la dislalia, la disfemia y a los retrasos en la adquisición y desarrollo del lenguaje. Es lógico pensar que determinadas características de la personalidad de un niño puedan repercutir en cierta medida en sus repertorios lingüísticos y comunicativos.

Cuando profundizamos a nivel teórico en los trastornos del lenguaje constatamos numerosas referencias bibliográficas relativas al tema. De manera generalizada, distintos autores plantean que determinadas características personales infantiles pueden jugar un papel relevante en la aparición de dichas alteraciones. Aunque se cuestiona si las mencionadas peculiaridades del niño actúan como factores desencadenantes, predisponentes, favorecedores, mantenedores o incluso agravantes en la configuración de una patología determinada, o bien son un efecto del desorden lingüístico.

De ahí que pensemos que la valoración de las características de la personalidad del niño deba formar parte, de una manera indispensable, del proceso de exploración e intervención ante la detección de distintos desordenes del lenguaje.

Asimismo, consideramos básica y prioritaria la necesidad de poner en marcha programas y/o proyectos de prevención en diferentes ámbitos (educativos, sanitarios, sociales,...) que nos permitan evitar y/o intervenir precozmente la aparición de estas dificultades, que tanto pueden repercutir en el niño en determinadas etapas de su desarrollo (en el contexto escolar, en sus interacciones sociales, en el ambiente familiar,...), y generarles en un futuro dificultades en diferentes esferas de la vida (personal, social, laboral, relacional, familiar,...).

2. CARACTERÍSTICAS DE LA PERSONALIDAD EN LOS NIÑOS CON DISFONÍA

Los datos existentes en torno a la incidencia de las alteraciones de la voz, indican que las disfonías infantiles son muy frecuentes en la edad escolar, fundamentalmente entre los 6 y 10 años. Se calcula que aproximadamente entre un 6-9% de los niños las padecen durante el período de escolarización, teniendo una mayor representación en el sexo masculino que en el femenino, en una proporción de 2-3 casos a 1 (Bustos, 2000).

Diferentes autores (Le Huche y Allali, 1994; Dinville, 1996; Morrison y Ramage, 1996; Bustos, 2000) señalan que existe una estrecha relación entre determinadas características de la personalidad infantil y ciertas modificaciones en las cualidades de la voz. Si la voz expresa las emociones, éstas pueden alterar la voz.

Herrero y Velasco (1988) señalan que la disfonía es consecuencia de unos factores desencadenantes y otros favorecedores (de índole orgánica y/o psicológica) que inciden sobre el aparato fonador desequilibrándolo. Algunos factores pueden ser: patologías otorrinolaringológicas (laringitis aguda, traumatismos, alergias), características psicológicas personales, técnicas vocales defectuosas, etc.

Los trastornos de la voz tienen un carácter multicausal (Bonet, 1997; Bustos 2000). De ahí que dependiendo del caso, intervengan uno o varios factores, entre los cuales, las características personales del niño tendrán una mayor o menor relevancia en el cuadro patológico infantil. La personalidad del niño podrá actuar en unas ocasiones como factor desencadenante y/o predisponente y en otros casos como mantenedor y/o agravante de la disfonía.

La teoría multifactorial de las disfonías funcionales opina que un desequilibrio emocional momentáneo del sujeto, asociado a algún factor que favorezca el mal uso de la voz, puede provocar la aparición de la disfonía. Si persiste el desequilibrio emocional, se desarrolla un círculo vicioso de sobreesfuerzo vocal, que favorece la aparición de lesiones orgánicas.

Para Le Huche y Allali (1994), determinadas características psicológicas pueden actuar como favorecedoras de la disfonía funcional (la emotividad, el temperamento nervioso, la impulsividad, el perfeccionismo, determinadas situaciones difíciles, etc.) y como desencadenantes (acontecimientos familiares que ocasionan tensión psicomotriz en el aparato fonador). Asimismo, según estos autores la disfonía se relaciona con dificultades de índole psicológica dependientes de problemas familiares (nacimiento de un hermano) o escolares.

Dinville (1996), dentro de los posibles factores favorecedores de la disfonía incluye los trastornos psíquicos (sensibilidad excesiva, estado ansiógeno y depresivo) y como factores desencadenantes: la muerte de un ser querido, el miedo, las permanentes reprimendas, los conflictos frecuentes, etc.

Algunos de los términos utilizados con mayor frecuencia para referirse a los niños disfónicos son los siguientes: inquietos, intranquilos, inseguros, seguros, dominantes, tensos, sumisos, tercos, enérgicos, vitales, dóciles, introvertidos, extrovertidos, sociables, impulsivos, perfeccionistas, inhibidos, tímidos, coléricos, caracteriales, persuasivos, rebeldes, despiertos, inteligentes, con tendencia al liderazgo, hiperactivos, apocados, solitarios, etc.

Atendiendo a la clasificación de Le Huche y Allali (1994) sobre el *temperamento* de los niños disfónicos, podemos hablar de dos formas clínicas de disfonía funcional: la hipercinética (producida por una elevada tensión en las cuerdas vocales durante la fonación, lo que conlleva que las cuerdas vocales acaben debilitándose) y la hipocinética (producida por una falta de tensión muscular en las cuerdas vocales, que no produce una oclusión completa de la glotis).

Los niños pertenecientes a cada una de estas formas manifiestan patrones comportamentales distintos. El niño con disfonía hipercinética presenta un estilo caracterial fuerte, y el niño con disfonía hipocinética presenta un estilo caracterial débil. Algunas de las características son (Le Huche y Allali, 1994; Dinville, 1996; Bonet, 1997; Bustos 2000):

Los niños con *disfonía hipercinética o hipertónica* se caracterizan por una personalidad extrovertida, ansiosa y locuaz. Son enérgicos y vitales en el desempeño de las actividades que realizan, escolares o extraescolares (juegos, deportes, etc.). Esa falta de quietud, nerviosismo e intranquilidad que expresan les

lleva habitualmente a ser etiquetados como hiperactivos. Son niños perfeccionistas en la ejecución de las tareas que realizan, mostrando con frecuencia un alto nivel de eficacia. Se les considera en el ámbito escolar y social: tercos, despiertos e inteligentes. Por lo general, el rendimiento académico es el adecuado.

En ellos existe una tendencia a ser líderes en las situaciones que implican interacción, ya sean escolares o extraescolares. Se muestran persuasivos, seguros, con capacidad de mando, dominantes en las interacciones con los demás y con tendencia a organizar las actividades de grupo. Con frecuencia se les considera rebeldes, puesto que no suelen acatar las normas de manera sumisa.

El estilo comunicativo es de carácter impulsivo, colérico y caracterial. Utilizan un elevado volumen de voz en las interacciones sociales y actividades cotidianas. El grito forma parte habitual de las mismas. Son niños que presentan una marcada hipertensión muscular, congestión en la musculatura del cuello, demarcación de los ganglios y esfuerzo en la musculatura respiratoria. La voz tiende a ser ronca, de timbre soplado, descendiendo hacia los tonos graves, siendo la declinación final de la frase prácticamente inaudible.

Los niños con *disfonía hipocinética o hipotónica* se caracterizan por inseguridad en el desempeño de las actividades y/o tareas que realizan, sumisión en las interacciones con los compañeros y ante las normas y reglas a seguir, docilidad en cuanto al trato e introversión, timidez e inhibición. Son niños que están solos en situaciones en las que otros niños se encuentran acompañados, tal es el caso del recreo en el centro escolar. En ocasiones, la fonastenia o fatiga vocal que presentan, puede ser el reflejo de una gran timidez en el niño. Manifiestan una elevada inhibición verbal, y cuando hablan, lo hacen con un volumen de voz muy bajo y con un timbre opaco y apagado. La voz velada, ronca y poco intensa de estos niños, desciende hacia tonos graves y poco audibles al final de la emisión de la frase, al igual que en el niño de carácter fuerte.

En ocasiones, las características de la personalidad del niño son consecuencia de la toma de conciencia de la alteración de la voz, y en otras circunstancias pueden aparecer como reacción ante una conflictividad en el plano familiar o social. Un entorno familiar tolerante o exigente repercutirá notablemente en la personalidad del niño. Ciertos estilos comunicativos parentales (dominantes, críticos, inhibidos, etc.) y determinados rasgos de la personalidad de los responsables del niño (ansiosos, introvertidos, impulsivos, etc.) pueden condicionar en cierta manera la aparición de una alteración de la voz infantil (Morrison y Rammage, 1996).

Por otra parte, tenemos lo que Le Huche y Allali (1994) denominan afonías y disfonías por inhibición vocal (psicógenas). Estas se caracterizan por la desaparición de la voz o por la alteración de una o varias de sus características acústicas, a consecuencia de un proceso de inhibición psicológica. Según estos autores, éstas suponen el 5% del total de las disfonías funcionales, predominando claramente en el sexo femenino, y siendo más frecuentes en adultos jóvenes que en niños.

La inhibición vocal podría ser consecuencia de una emoción muy fuerte, como un mecanismo de defensa ante estados emocionales que no se desean expresar, por temor a dañar el órgano vocal, por un miedo obsesivo a perder la voz, por temor a presentar de cara a los demás una voz inaceptable, por una preocupación excesiva y permanente por el cuidado de la voz, etc.

A modo de síntesis, resaltar el hecho de que para numerosos autores la personalidad interviene, primaria o secundariamente, como desencadenante y/o favorecedor de la alteración de la voz. Asimismo,

vemos que a diferencia de otros trastornos de elevada incidencia en la población infantil durante los primeros años de escolarización, la mayoría de los estudios apuntan que estas características de la personalidad son previas a la instauración de la alteración de la voz, y no consecuencia de la misma.

3. CARACTERÍSTICAS DE LA PERSONALIDAD EN LOS NIÑOS CON DISLALIA.

Las dislalias son los trastornos del habla infantil más comunes y conocidos. Los datos estadísticos sobre la incidencia de la dislalia son escasos. Estos varían en función de la edad del niño y la definición que se haga de dicha patología. Los estudios realizados relativos a la frecuencia de dicha alteración según sexo, nos indican que al igual que la disfonía infantil, este desorden tiene una mayor representación en el sexo masculino que en el femenino.

Al igual que las disfonías, las dislalias son muy frecuentes en etapas escolares tempranas y la casuística es muy variada, pudiendo intervenir numerosos factores en la aparición de las mismas.

Desde un punto de vista rehabilitador, el tratamiento de la dislalia debe comenzar precozmente, puesto que el niño puede ser considerado por su entorno familiar, escolar y social como retrasado, lo que a su vez puede repercutir sobre su personalidad.

Son numerosos los acontecimientos que pueden repercutir en el lenguaje infantil. La dificultad para interactuar con otros niños, un ambiente familiar autoritario o poco estimulante, baja autoestima, celos fraternales, dificultades escolares, rechazo por parte de los compañeros, falta de aceptación personal, falta de afecto paterno, sobreprotección, conflictividad escolar, ausencia de padres, tensiones en el núcleo familiar, actitudes ansiosas parentales, etc., pueden perturbar la personalidad de un niño. Estos sucesos pueden provocar en el niño: inhibición, conductas de evitación, aislamiento, agresividad, ansiedad, frustración, timidez, reducción de contacto con otras personas, sentimientos de inferioridad, mutismo, inseguridad, pérdida de confianza en sí mismo y desajustes emocionales, abocándolo hacia la aparición de una patología del habla.

Salomon (1961) apunta que los niños con dislalia se diferencian de los niños con un desarrollo normal del habla, en sus relaciones fraternales, y en sus tensiones, angustias y miedos. Susman (1980), considera que la dificultad articulatoria infantil puede estar ocasionada por la inmadurez del niño, bloqueos emocionales, conductas inestables, etc.

Perelló (1990) estima que la dislalia es más frecuente en niños con determinadas características de la personalidad. Según él, estos niños durante la exploración se muestran intranquilos, inconstantes, distraídos, tímidos, a veces apáticos y faltos de interés por aprender. Asimismo, plantea que las madres de estos niños son más neuróticas y altivas que las madres de los niños con un desarrollo normal del habla.

Bruno y Sánchez (1994) consideran que entre los factores favorecedores de la aparición y/o mantenimiento de la dislalia se encuentran las presuntas características psicopatológicas del niño. Es decir, que la personalidad del niño podría actuar como un factor etiológico indirecto en la alteración articulatoria.

Por otra parte, pueden ser muy diversas las actitudes y reacciones de un niño, consecuentes al entorno familiar, social y escolar al que debe enfrentarse. Puede que el niño se sienta objetivamente marginado como consecuencia de su dificultad articulatoria, o puede que sea él mismo el que se margine aislándose de los demás como consecuencia de su desvalorización. Así el niño, evitando el contacto con

cualquier persona de su entorno más o menos cercano, consigue reducir el malestar que le genera la interacción comunicativa.

Una de las características comunes en los niños con dislalia, que puede condicionar en cierto modo su personalidad, es la toma de conciencia del problema. No es fácil relacionarse con los demás cuando uno tiene conciencia de sus limitaciones. Es normal que el niño en cada situación comunicativa, tenga dudas acerca de su eficacia. Esto provoca en él una fuerte inseguridad, que merma aún más su patrón de habla. La toma de conciencia del problema puede repercutir en su rendimiento académico, ya que algunos de estos niños presentan serias dificultades a la hora de concentrarse en tareas escolares, tendiendo a mostrarse con mucha frecuencia distraídos y ausentes.

Algunos niños al ser conscientes de sus dificultades articulatorias, tienden a cohibirse a la hora de hablar en el aula escolar y en sus interacciones con compañeros y adultos, todo ello por temor a ser objeto de burlas, risas y críticas. Esto, a su vez, puede elevar la tensión en los músculos implicados en la articulación, agravando aún más la dificultad que presentan.

En la dislalia, al igual que en otras patologías, es importante explorar características personales del niño tales como: los signos de desvalorización, las conductas agresivas hacia el entorno y hacia sí mismo, los comportamientos regresivos, el grado de satisfacción personal, familiar y social, la actitud y el ajuste emocional, el grado de conflictividad parental y fraternal, los sentimientos de culpa, el grado de afectividad que reciben a nivel familiar, la actitud interpersonal, etc.

Como hemos podido comprobar a lo largo de estas líneas, según diferentes autores determinadas características de la personalidad del niño (inmadurez, inestabilidad emocional, etc.) y determinadas circunstancias familiares, sociales y escolares pueden favorecer la aparición de la dislalia. De igual manera, vemos que muchos de los rasgos de personalidad que manifiestan estos niños son más una consecuencia del trastorno del habla que un factor predisponente al mismo (timidez, ansiedad, temor a hablar, agresividad, reducción de las interacciones sociales, aislamiento social, etc.)

4. CARACTERÍSTICAS DE LA PERSONALIDAD EN LOS NIÑOS CON DISFEMIA.

La disfemia es una alteración de la fluidez del habla, que por lo general tiene una aparición temprana, alrededor de los 3 años de edad. Es un trastorno en la actuación lingüística del niño, estando preservada su competencia. Las investigaciones coinciden en que hay un predominio de esta alteración en el sexo masculino sobre el femenino, en una proporción de 3-4 niños por cada niña. Según datos epidemiológicos, afecta aproximadamente al 1% de la población sin tener en cuenta la edad y al 3-5% de niños en edad escolar hasta los 15 años (Santacreu y Frojan, 1993; Fernández-Zúñiga, 1997; Le Huche, 2000). Es una alteración que aumenta de manera considerable en la edad escolar, fundamentalmente al inicio de la escolaridad, aunque este dato no se constata en el caso de las niñas.

El pronóstico de la disfemia es muy variable. Evoluciona favorablemente hacia un patrón de habla normal dependiendo de varios factores (del desarrollo de las habilidades necesarias para organizar el lenguaje, de la capacidad para utilizarlo adecuadamente en situaciones sociales, de la actitud familiar, escolar y social, etc.), entre los cuales pueden desempeñar un papel relevante determinadas características personales del niño. Resulta conveniente intervenir en la tartamudez lo más precozmente posible, ya que la personalidad del niño puede sufrir las consecuencias de un entorno poco adaptativo.

Johnson (1959) al referirse al término tartamudez describe 3 dimensiones alteradas: la lingüística, la social y la cognitiva. La dimensión social (las reacciones del entorno frente al tartamudeo del niño, valorándolo como indeseable, anómalo o inaceptable) y la dimensión cognitiva (las actitudes, creencias y expectativas del niño tartamudo frente a la reacción de aquel que le escucha, su dificultad para hablar y la propia idea de persona tartamuda), pueden actuar cómo generadoras de determinados rasgos de personalidad en el niño más o menos funcionales, dependiendo del caso.

La autoimagen de un niño disfémico puede alterarse como consecuencia de las reacciones de los demás ante su tartamudeo, al comprobar que la gente se incomoda al hablarle, evitan los intercambios comunicativos con él y no tienen en cuenta sus comentarios. Dinville y Gaches (1989) indican que la personalidad de un niño tartamudo podrá verse afectada en mayor o menor medida dependiendo de las reacciones de los demás hacia su forma de hablar y de la estabilidad emocional y afectiva de éste.

Perelló (1990), señala que como consecuencia de esas reacciones infantiles se producen alteraciones en el carácter más relevantes en el adulto que en el niño, e indica que la labilidad emocional es el síntoma fundamental de la disfemia. Para él las emociones ejercen una elevada influencia sobre el habla del niño. Puede que esa inestabilidad emocional sea consecuencia de un entorno familiar, social y escolar que a través de las interacciones con el niño disfémico, va modelando una personalidad lábil.

Según Herbert (1991) algunas reacciones emocionales negativas consecuentes a la disfemia son: el miedo o temor anticipado a una situación comunicativa difícil y el malestar, la vergüenza y culpabilidad que le produce al niño su tartamudeo. Denil y Brutten (1991) constatan la presencia de sentimientos y actitudes negativas en niños disfémicos mayores, todo ello a consecuencia de las experiencias traumáticas sufridas en sus interacciones sociales.

Algunos niños se encuentran en constante estado de alerta imaginando que los demás se burlan de ellos, y como consecuencia, muestran retraimiento, miedo a hablar, ansiedad para comunicarse, reacciones ansiosas anticipatorias, conductas de evitación ante determinadas situaciones, inhibición temporal del habla e incluso mutismo. Le Huche y Le Huche (1992), opinan que un exceso de bromas y correcciones por parte del ambiente puede agravar aún más el tartamudeo incipiente del niño. Y Simon (1993), considera que el exceso de atención parental sobre la forma de hablar del niño unido a las constantes rectificaciones contribuyen a la aparición de sentimientos de inquietud y culpa en él.

En ocasiones, la toma de conciencia de la propia tartamudez puede configurar un niño inseguro, pudiendo generar en él sentimientos de inferioridad, frustración, desvalorización y baja autoestima.

Para Gallardo y Gallego (1993) no siempre la personalidad de un niño tiene que verse afectada por su disfemia. Estos autores indican que a veces se da una aceptación del propio tartamudeo sin apenas influencia en la personalidad del niño.

Santacreu y Frojan (1993) consideran que tanto la ansiedad como el retraimiento de estos niños son consecuencias del entorno y no desencadenantes del problema de fluidez. En cambio, Le Huche (2000) plantea que la tartamudez limita socialmente al individuo y lo hace encerrarse en sí mismo.

Actualmente no se sabe a ciencia cierta la causa de la tartamudez. La mayoría de autores parecen estar de acuerdo en que la etiología puede tener un carácter multicausal. Numerosos autores consideran que determinados factores emocionales pueden intervenir en la aparición de la disfemia. Algunos de ellos

son: miedo, cólera y excitación del niño. Un niño durante su desarrollo tiene que enfrentarse a situaciones (separaciones parentales, demandas de sus padres, frustraciones, celos, autonomía, obediencia, etc.) que pueden ejercer un papel desestabilizador en él, generándole tensiones difíciles de encauzar y resolver de una manera adaptativa, y desencadenando problemas en su fluidez verbal.

Dentro de las teorías de la disfemia, se encuentra la que intenta explicar la tartamudez como un trastorno de la personalidad. Según este punto de vista, las personas tartamudas presentan determinadas características de personalidad (ansiedad, introversión y escasas habilidades sociales), aunque no existen datos concluyentes al respecto.

Entre las teorías explicativas de la disfemia se encuentra la psicológica. Desde esta perspectiva teórica, Perdoncini e Yvon (1968) plantean que determinados factores psicológicos desfavorables pueden ser la única causa responsable del tartamudeo (perturbaciones afectivas, falta de estructuración psicológica, etc.). Ajuriaguerra (1975), señala que en casi todos los casos de tartamudez se observan ciertos rasgos de personalidad tales como: introversión, pasividad, ansiedad, impulsividad y sumisión. Dinville y Gaches (1989) afirman que aunque existe una clara relación entre la tartamudez y determinadas circunstancias psicológicas, todas las disfemias no pueden ser explicadas por una teoría psicogenética.

Cooper (1976) y Cooper y Cooper (1985) indican que existe cierta predisposición al tartamudeo en algunos niños. Consideran que varios factores pueden actuar como desencadenantes o agravantes del tartamudeo en niños "susceptibles": acontecimientos familiares angustiantes (enfermedad grave de algún miembro de la unidad familiar, duelo, cambio de domicilio, etc.), acontecimientos felices (nacimiento de un hermano, inicio de la escuela, pasar a dormir de la cuna a la cama, etc.) y ambientes familiares excesivamente agitados, activos y programados que dificultan al niño expresarse. Todos estos sucesos pueden generar en el niño ciertos sentimientos de inseguridad e infravaloración, pudiendo repercutir en su patrón de habla.

En cambio, Van Riper (1982), Bloodstein (1987) y Van Hout (1996) consideran que la personalidad de un niño tartamudo no tiene rasgos diferenciales respecto a la de un niño con una fluidez adecuada.

Por último, mencionar algunas circunstancias que pueden repercutir sobre la personalidad del niño, abocándolo hacia la tartamudez: las dificultades en el rendimiento escolar pueden afectar a la valoración personal y al autoconcepto del niño, generándole ansiedad y tensión; las excesivas correcciones y exigencias parentales pueden generar ansiedad en el niño, falta de confianza en su forma de hablar, escasa valoración de sí mismo e inseguridad; las dificultades para imitar el lenguaje parental, ya sea por su alto nivel de complejidad o por otras circunstancias, pueden generar en el niño una desvalorización; el nacimiento de un hermano puede suponer para el niño cierto desconcierto e intranquilidad, pudiendo afectarle negativamente por el desvío de atención parental; etc.

A modo de síntesis, podemos decir que para algunos autores, determinadas características personales del niño predisponen y/o favorecen la aparición de la tartamudez. En cambio para otros, los rasgos de personalidad del niño disfémico son una consecuencia de lo que Johnson (1959) denomina la dimensión social y cognitiva de la tartamudez.

5. CARACTERÍSTICAS DE LA PERSONALIDAD EN LOS NIÑOS CON RETRASO EN LA ADQUISICIÓN Y DESARROLLO DEL LENGUAJE.

Los niños con retraso en la adquisición y desarrollo del lenguaje tienden a manifestar ciertas características de la personalidad. Estas pueden ser consecuencia de la falta de lenguaje por parte del niño para interactuar con su entorno más cercano (familiar, social y escolar). Algunos de los rasgos de personalidad más característicos son: inseguridad, inhibición social, ansiedad, actitudes inmaduras, encerrarse en sí mismo, aislamiento, retraimiento, agresividad, agitación, tensión, elevada dependencia familiar, alteraciones psicoafectivas, etc. Un niño que carece del lenguaje necesario para expresarse en contextos comunicativos, puede manifestar conductas impulsivas o por el contrario conductas inhibitorias como mutismo, inseguridad, incompetencia, temor a las interacciones y desinterés por los contactos con otros niños o adultos.

Ajuriaguerra (1975) indica la existencia de tres tipos de disfásicos a partir de un estudio psicoafectivo realizado sobre niños con este diagnóstico: en primer lugar, niños con una organización de la personalidad en los límites de la normalidad (27,5%); en segundo lugar, niños con sintomatología ansiosa y disarmonía evolutiva (37,5%); y en tercer lugar, niños con una organización de la personalidad neurótica, psicótica o prepsicótica (35%). A partir de esta investigación, este autor constata que en los niños disfásicos existe cierta relación entre la organización afectiva/social y una mayor o menor gravedad del trastorno. Asimismo, concluye que existe una correlación moderada entre la estructura afectiva del niño y su modo de comunicación.

Según este autor, el niño disfásico inhibido verbalmente, con predominio de frases simples, enumeraciones y descripciones, correlaciona en cierta medida con una organización de la personalidad en los límites de la normalidad. En cambio, el niño disfásico con una personalidad neurótica, psicótica o prepsicótica manifiesta una conducta verbal que supera la enumeración, se expresa con frases complejas intermitentes, no respeta el orden de las palabras, y se constata en él un mayor desfase entre su comprensión y expresión.

Ajuriaguerra (1975) considera que la personalidad del niño con retraso simple y disfasia depende del ambiente en el que se desenvuelve y de la profundidad del trastorno. Para él, en el caso de la audiomudez, la ausencia total o casi total de lenguaje en el niño justificaría el hecho de que con frecuencia se muestren impulsivos, exigentes y coléricos, aunque considera complicado establecer cual es la causa y el efecto.

En 1988, Monfort apunta que las reacciones emocionales (labilidad,...) y los rasgos conductuales (aislamiento,...) en la disfasia y audiomudez son muy diversos. Existe una gran variedad de conductas de inadaptación que no se sabe si son un producto del déficit lingüístico o causantes del mismo. La ausencia de datos epidemiológicos previos a la aparición de estos trastornos impide determinar el papel que juegan estos rasgos en ambas patologías.

Njiokiktjien (1990), tras un estudio realizado con niños disfásicos, concluye que existen dos tipos de reacciones comportamentales: las de los niños que luchan de forma reactiva por adaptarse y las de aquellos que manifiestan actitudes de huida con retracción social y ánimo depresivo.

Por su parte, Estienne (1991) considera que los rasgos de personalidad del niño con retraso del lenguaje son consecuentes al trastorno más que causantes del mismo. Este autor indica que el retraso simple del lenguaje suele acompañarse de trastornos afectivos más o menos graves en el niño. Aunque en la mayoría de los casos el pronóstico suele ser favorable, en determinadas ocasiones pueden generarse problemas relacionales, dada la dificultad para interactuar verbalmente con otros niños, produciéndose entonces marginación social y repercusiones sobre la personalidad. Asimismo, en el caso de la disfasia, considera que la mediocridad del lenguaje disfásico podría modelar una personalidad limitada e imperfecta en el niño.

En un estudio de Whitehurst y cols. (1992) se constató una correlación entre problemas de conducta y/o disciplinarios y la presencia de un retraso expresivo inicial del lenguaje, de manera que estos autores sugirieron que estos niños tienen con mayor frecuencia problemas para controlar su conducta y tienden a actuar de forma impulsiva.

Rutter y Lord (1987), Howlin y Rutter (1987) y Gérard (1991) afirman que los trastornos afectivos y de conducta de los niños disfásicos son secundarios al trastorno. De igual manera, Santolalla (1999) plantea que entre los síntomas secundarios de la disfasia podemos encontrar manifestaciones de timidez, labilidad atencional, ansiedad y reacciones emocionales bruscas, lo que hace pensar que el déficit de personalidad de estos niños puede explicarse más como un efecto que como una causa.

Diferentes autores opinan que en ocasiones ocurre a la inversa, y el retraso en la adquisición y desarrollo del lenguaje es consecuencia de determinadas características personales del niño. La familia con su actitud (sobreprotectora, rechazante, exigente, ambivalente, etc.) puede ir poco a poco configurando rasgos de personalidad en el niño que lo hagan susceptible de manifestar retrasos en su lenguaje. Aimard (1972) responsabiliza en cierta medida a la familia de los retrasos en el lenguaje infantil, considerando que una actitud parental disfuncional puede fijar al niño en un infantilismo perdurable que merma su curiosidad intelectual, el deseo de aprender y la autonomía. Este mismo autor, a la vez plantea que la personalidad del niño puede verse afectada como consecuencia de la no aparición del lenguaje en el momento apropiado o de la ausencia total o casi total de éste en los casos más graves.

En esta misma línea, Aguado (1988), señala que los padres a través de su conducta verbal y no verbal emiten mensajes a sus hijos que tienden a infantilizarlos, provocando un comportamiento inadecuado para su edad (retraso en la autonomía psicosocial) que lógicamente repercutirá en el área del lenguaje, retrasando su adquisición y desarrollo.

Y Eisenson (1972), Nettelbladt y cols. (1989) y Monfort y Juarez (1997), indican que las alteraciones afectivas y conductuales de los niños disfásicos pueden ser tanto causas como efectos de la dificultad de comunicación con el entorno.

Por tanto, en primer lugar debemos resaltar el carácter unidireccional o bidireccional de la personalidad en los retrasos de lenguaje. En unas ocasiones el retraso del lenguaje será consecuencia de determinados rasgos de personalidad del niño, y en cambio, otras veces las características personales del niño serán una consecuencia de dicho retraso. Y en segundo lugar, constatamos que cuanto más grave sea el retraso en la adquisición y desarrollo del lenguaje mayores serán las repercusiones sobre la personalidad del niño.

6. CONCLUSIONES

A lo largo de estas líneas hemos podido comprobar la enorme cantidad de características de personalidad que tienden a asociarse a varias de las patologías de mayor incidencia en la población escolar durante las etapas iniciales. Constatamos la dificultad existente a la hora de delimitar si los rasgos de personalidad de estos niños causan el desorden lingüístico, o en cambio son un efecto del mismo. Hay que destacar el importante papel que desempeña la familia en la instauración y/o mantenimiento de patrones de personalidad disfuncionales y la influencia nefasta de un entorno social y escolar poco adaptativo sobre estos niños.

Vemos cómo diferentes autores utilizan los mismos términos (rasgos) para definir a niños con distintas alteraciones del lenguaje. Por ejemplo, atribuyen al niño disfémico rasgos de personalidad entre los que se encuentra la introversión, inhibición social y ansiedad, características que también tienden a asociarse a los niños con disfonía, dislalia y retrasos en el lenguaje. De ahí que estimemos prioritario delimitar claramente si existen características de personalidad diferenciales según la patología del lenguaje que presente el niño.

Es necesario conocer la influencia del entorno familiar en la instauración de un patrón de personalidad específico que predisponga al niño a una dificultad lingüística determinada. Y es preciso determinar si existen diferencias en la personalidad del niño según el momento de instauración del trastorno del lenguaje. Es decir, antes del inicio de la patología, cuando se inician las dificultades y cuando el cuadro ya se ha implantado. Esto proporcionará un mayor conocimiento sobre las implicaciones de la personalidad en los trastornos del lenguaje.

Por tanto, aun queda mucho por investigar y por matizar. Un mayor conocimiento y profundización sobre el papel que desempeña la personalidad en los trastornos del lenguaje, más comunes durante los primeros años de escolarización del niño, nos permitirá una intervención temprana, más ágil y eficaz. Asimismo, nos facilitará poner en marcha estrategias (programas y/o proyectos) de prevención en Educación Infantil y Primaria, consiguiendo con ello un alto nivel de ajuste y adecuación a las necesidades reales.

BIBLIOGRAFÍA

- AGUADO, G. (1988): Retardo del lenguaje, en J. Peña-Casanova, *Manual de Logopedia*, pp. 229-246, Barcelona, Masson.
- AGUILAR, A. (1994): *Psicopatología del lenguaje*, Barcelona, PPU
- AIMARD, P. (1972): *L'enfant et son langage*, Lyon, SIMEP.
- AJURIAGUERRA, J. (1975): *Manual de Psiquiatría Infantil*, Barcelona, Toray-Masson.
- AJURIAGUERRA, J. y MARCELLI, D. (1982): Psicopatología del lenguaje, en J. Ajuriaguerra y D. Marcelli, *Manual de Psicopatología del niño*, pp. 96-111, Barcelona, Toray-Masson.
- BLOODSTEIN, O. (1987): *A handbook on stuttering*, Chicago, National Easter Seal Society.
- BONET, M. (1997): Disfonías, en M. Puyuelo, *Casos Clínicos en Logopedia*, pp. 181-213, Barcelona, Masson.

- BUSTOS, I. (1981): *Reeducación de los problemas de la voz*, Madrid, CEPE
- BUSTOS, I. (2000): *Trastornos de la voz en edad escolar*, Málaga, Aljibe.
- BUSTOS, I. (2000): *Tratamiento de los problemas de la voz. Nuevos enfoques*, Madrid, CEPE.
- COOPER, E. (1976): *Personalized fluency control therapy, learning concepts*, Austin, Teaching Resources.
- COOPER, E. y COOPER, C. (1985): *Personalized fluency control therapy*, Allen, DLM Teaching Resources.
- DEL RIO, M. J. y BOSCH, L. (1988): Logopedia y escuela, en J. Peña-Casanova, *Manual de Logopedia*, pp. 373-387, Barcelona, Masson.
- DENIL, L. F. y BRUTTEN, G. J. (1991): Speech associated attitudes of stuttering and non stuttering children, en *Journal of Speech and Hearing Research*, 34, pp. 60-66.
- DINVILLE, C. (1996): *Los trastornos de la voz y su reeducación*, 2ª ed., Barcelona, Masson.
- DINVILLE, C. y GACHES, L. (1989): La disfemia, en C. L. Launay y S. Borel-Maisonny (Eds.), *Trastornos del lenguaje, la palabra y la voz en el niño*, Barcelona, Masson.
- EISENSON, J. (1972): *Aphasia in children*, New York, Harper & Rowe.
- ESTIENNE, F. (1991): Retraso del lenguaje, disfasia y audiomudez, en J. A. Rondal y X. Seron, *Trastornos del lenguaje 3*, pp. 633-662, Barcelona, Paidós.
- FERNÁNDEZ, M. y TOLOSA, F. (1998): Disfonía funcional infantil, en *Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología*, 18, pp. 154-159.
- FERNÁNDEZ-ZUÑIGA, A. (1997): Disfemia, en M. Puyuelo, *Casos Clínicos en Logopedia*, pp. 17-45, Barcelona, Masson.
- GALLARDO, J. R. y GALLEGRO, J. L. (1993): *Manual de logopedia escolar. Un enfoque práctico*, Málaga, Aljibe.
- GÉRARD, C. L. (1993): *L'enfant dysphasique*, 2ª ed, Bruselas, De Boeck Université.
- HERBERT, R. (1991): Tartamudez, farfuleo, trastornos de la articulación y trastornos de la voz, en J. A. Rondal y X. Seron, *Trastornos del lenguaje 2*, pp. 313-358, Barcelona, Paidós.
- HERRERO, M. T. y VELASCO, M. M. (1988): Disfonías, en J. Peña-Casanova, *Manual de Logopedia*, pp. 107-123, Barcelona, Masson.
- HOWLIN, P. y RUTTER, M. (1987): The consequences of language delay for other aspects of development, en W. Yule y M. Rutter (Eds.), *Language development and disorders*, pp. 171-294, Londres, McKeith Press y Blackwell.
- JOHNSON, W. (1959): *The onset of stuttering*, Minneapolis, University of Minnesota Press.
- JUÁREZ, A. y MONFORT, M. (1989): *Estimulación del lenguaje oral*, Madrid, Santillana.
- LE HUCHE, F. (2000): *La tartamudez, Opción curación*, Barcelona, Masson.
- LE HUCHE, F. y ALLALI, A. (1994): *La voz. Tomos 1, 2 y 3*, Barcelona, Masson.
- LE HUCHE, F. y LE HUCHE, S. (1992): *Bégaiement*, París, ADRV.

- MAYOR, J. y GALLEGO, C. (1984): Trastornos de la conducta lingüística, en J. Mayor y F. J. Labrador, *Manual de Modificación de Conducta*, pp. 709-761, Madrid, Alhambra.
- MONFORT, M. (1988): Disfasia infantil y afasia congénita, en J. Peña-Casanova, *Manual de logopedia*, pp. 247-261, Masson, Barcelona.
- MONFORT, M. y JUÁREZ, A. (1997): *Los niños disfásicos. Descripción y tratamiento*, Madrid, CEPE.
- MORRISON, M. y RAMMAGE, L. (1996): *Tratamiento de los trastornos de la voz*, Barcelona, Masson.
- MUÑOZ, A. M. (1991): La prevención de los trastornos del lenguaje, en *Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología*, 11, pp. 221-228.
- NARBONA, J. y CHEVRIE-MULLER, C. (2001): *El lenguaje del niño*, 2ª ed., Barcelona, Masson.
- NETTELBLADT, U. y cols. (1989): A multidisciplinary assessment of children with severe language disorder, en *Clinical Ling. & Phonet*, 3-4, pp. 313-346.
- NJIOKIKTJEN, C. (1990): Developmental dysphasia: Clinical importance and underlying neurological causes, en *Acta Paedopsychiatrica*, 53, pp. 126-137.
- OLLENDICK, D. G. y MATSON, J. L. (1986): Estereotipias conductuales, tartamudez y mutismo selectivo, en T. H. Ollendick y M. Hersen, *Psicopatología infantil*, pp. 316-349, Barcelona, Martínez Roca.
- PASCUAL, P. (1998): *La dislalia. Naturaleza. Diagnóstico y Tratamiento*, Madrid, CEPE.
- PEÑA-CASANOVA, J. (1994): *Manual de logopedia*, 2ª ed., Barcelona, Masson.
- PERDONCINI, G. y YVON, Y. (1968): *Manual de psicología y reeducación infantil*, Alcoy, Marfil.
- PERELLÓ, J. (1990): *Trastornos del habla*, Barcelona, Masson.
- PUYUELO, M. (1997): *Casos clínicos en logopedia*, Barcelona, Masson.
- RAMOS, F. y MANGA D. (1996): Psicopatología del lenguaje, en A. Belloch, B. Sandin y F. Ramos, *Manual de Psicopatología Vol. 1*, pp. 336-378, Madrid, McGraw-Hill.
- RUTTER, M. y LORD, L. (1987): Language disorders associated with psychiatric disturbance, en W. Yule y M. Rutter (Eds.), *Language development and disorders*, pp. 206-233, Londres, McKeith Press & Blackwell.
- SANGORRIN, J. (1994): Disfemia, en J. PEÑA-CASANOVA, *Manual de Logopedia*, pp. 353-371, Barcelona, Masson.
- SANTACREU, J. y FROJAN, M. X. (1993): *La tartamudez*, Madrid, Pirámide.
- SANTOLALLA, M. (1999): Trastornos del desarrollo del lenguaje, en M. Puyuelo, *Casos Clínicos en Logopedia 2*, pp. 153-207, Barcelona, Masson.
- SERÓN, J. M. y AGUILAR, M. (1992): *Psicopedagogía de la comunicación y el lenguaje*, Madrid, EOS.
- SIMON, AH. (1993): Attitudes gauchies chez la personne bègue, *Glossa*, 33, pp. 8-15.
- VAN HOUT. A. y ÉTIENNE, F. (1996): *Les bégaiements*, París, Masson.
- VAN RIPER, C. (1982): *The nature of stuttering*, Londres, Prentice Hall.

WHITEHURST, G. J., FISCHER, J. E., ARNOLD, D. S. y LONIGAN, C. L. (1992): Evaluating outcomes with children with expressive language delay, en S. F. Warren y J. Reichle (Eds.), *Causes and effects in communication and language intervention*, Baltimore, Paul H. Brookes Publ.

Contactar

Revista Iberoamericana de Educación

Principal OEI