

Zelmira Beatriz Lozano Sánchez

# PROBLEMAS Y TRASTORNOS DEL LENGUAJE EN LA NIÑEZ

Aportes a la educación y a la familia



FONDO EDITORIAL DE LA UNIVERSIDAD PRIVADA ANTONOR ORREGO



### **Zelmira Beatriz Lozano Sánchez**

- Psicóloga, con mención en Psicología Educativa, estudió Educación Secundaria en el Colegio “Hermanos Blanco” y estudios superiores en la Universidad “César Vallejo”.
- Magíster en Docencia Universitaria e Investigación Pedagógica.
- Doctora en Psicología.
- Segunda Especialidad en Desarrollo del habla, audición y lenguaje, por la Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
- Profesora Invitada de doctorado en la Universidad Regional Autónoma de los Andes (UNIANDES) de Ambato, Ecuador.
- Profesora de Segunda Especialidad en Estimulación Temprana en la Universidad Nacional de Trujillo.
- Directora de la Escuela Profesional de Psicología de la Universidad Privada Antenor Orrego.
- Autora del libro “Estimulación temprana y psicomotricidad”, así como de varios artículos de investigación publicados en revistas especializadas.

Zelmira Beatriz Lozano Sánchez

# **PROBLEMAS Y TRASTORNOS DEL LENGUAJE EN LA NIÑEZ**

**Aportes a la educación y a la familia**

**FONDO EDITORIAL DE LA UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO**

**PROBLEMAS Y TRASTORNOS DEL LENGUAJE EN LA NIÑEZ**  
**Aportes a la educación y a la familia**

© Zelmira Beatriz Lozano Sánchez

Editado por:

© UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO

Av. América Sur N° 3145,

Urb. Monserrate, Trujillo, Perú

Teléfono (51) 44 604444, anexo 2087

[www.upao.edu.pe](http://www.upao.edu.pe)

Primera edición digital del Fondo Editorial UPAO, noviembre 2020

ISBN N° 978-612-4479-15-1

Portada e ilustraciones interiores:

Max Lois Lázaro Moya, "Urmo".

# CONTENIDO

<b>7</b>	1. INTRODUCCIÓN.
<b>14</b>	2. LENGUAJE, PSICOLOGÍA Y MEDICINA.
<b>16</b>	3. DESARROLLO DEL LENGUAJE EN LA ETAPA LINGÜÍSTICA
<b>16</b>	3.1. La etapa lingüística.
<b>21</b>	3.2. Aspectos articulatorios y fonéticos.
<b>22</b>	3.3. La comprensión
<b>25</b>	4. ALTERACIONES Y TRASTORNOS FRECUENTES DEL LENGUAJE
<b>25</b>	4.1. Señales de alerta.
<b>27</b>	4.2. Alteraciones y trastornos del lenguaje que afectan a la expresión
	a) Trastorno fonético.
	b) Trastorno fonológico.
	c) Dispraxia verbal.
	d) La nasalización.
	e) La taquifemia.
	f) La dislexia.
	g) La tartamudez.
	h) El mutismo electivo.
	i) El audiomutismo.
	j) La disfonía.
<b>35</b>	4.3. Alteraciones y trastornos del lenguaje que afectan a la expresión y a la comprensión.
	a) Retraso del lenguaje.
	b) Disfasia.
	c) La afasia infantil congénita.
<b>39</b>	5. EL PROBLEMA DE LA DISLALIA
<b>39</b>	5.1. Concepto.
<b>39</b>	5.2. Clasificación.
	a) Dislalia evolutiva
	b) Dislalia funcional.
	c) Dislalia audiógena.
	d) Dislalia orgánica.
<b>41</b>	5.3. Tipos de errores en la dislalia funcional
	a) Sustitución.
	b) Omisión.
	c) Inserción.
	d) Distorsión.
<b>42</b>	5.4. Incidencia recíproca entre el habla y la personalidad
	a) Situación y aceptación familiar.
	b) Actitud del niño frente a su problema.
	c) Situación escolar.

<b>44</b>	5.5. Diagnóstico de la dislalia funcional.
<b>45</b>	5.6. Tratamiento.
<b>46</b>	5.7. Programación del tratamiento.
	a) Tratamiento indirecto.
	b) Tratamiento directo.
	c) Orientaciones generales para la intervención directa.
	d) Algunos materiales.
	e) Estrategias generales en el tratamiento de la dislalia.
<b>51</b>	<b>6. EL PROBLEMA DE LA DISFEMIA</b>
<b>52</b>	6.1. Etiología.
<b>52</b>	6.2. Tipología.
<b>53</b>	6.3. Pronóstico.
<b>54</b>	6.4. Orientaciones sobre el lenguaje del niño.
<b>54</b>	6.5. Actitudes para la recuperación de la confianza del niño en sí mismo.
<b>55</b>	6.6. Orientaciones relacionadas con la estabilidad emocional.
<b>56</b>	6.7. Actitud del profesor.
<b>58</b>	6.8. La lectura oral en el tratamiento de la tartamudez.
<b>61</b>	<b>7. EL PROBLEMA DE LA DISLEXIA</b>
<b>71</b>	7.1. Errores frecuentes en la lectoescritura.
<b>63</b>	7.2. Tipos de dislexia.
<b>64</b>	7.3. Factores que la producen.
<b>64</b>	7.4. Diagnóstico.
<b>65</b>	7.5. Trastornos en el dibujo.
<b>65</b>	7.6. Trastornos en el cálculo.
<b>65</b>	7.7. Recomendaciones.
<b>68</b>	<b>8. ROL DEL PROFESOR: SUGERENCIAS DE ACTUACIÓN.</b>
<b>70</b>	<b>9. CONCLUSIONES.</b>
<b>72</b>	<b>10. RECOMENDACIONES.</b>
<b>73</b>	<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.</b>

# 1

## **INTRODUCCIÓN**

Todos los niños están en proceso de maduración y desarrollo de su personalidad y, especialmente del lenguaje, cuyo aprendizaje no siempre se realiza en forma normal, sino sometido a una serie de problemas y aspectos debido a una serie de causas y factores: orgánicos, fisiológicos, psicológicos, funcionales, ambientales, hereditarios, etc., que la familia y los maestros deben conocer, a fin de procurar la atención adecuada, por ejemplo coordinando acciones con los comités de asesoramiento y de orientación de las instituciones educativas, tutores y padres de familia, e incluso psicólogos con los facultativos especializados.

Es que, a través de su ejercicio profesional, el profesor se enfrenta a una diversidad de alumnos con diferente nivel de adquisición, uso y manejo del lenguaje, así como con diferentes actitudes de comportamiento; por ejemplo, reacios a intervenir oralmente, tímidos para leer en forma oral, confusos y resistentes a escribir, tímidos al hablar, etc. De esta manera, si no hay una adecuada preparación por parte de los profesores, los resultados pueden ser funestos.

Lamentablemente, con mucha frecuencia, generalmente por falta de conocimiento y preparación profesional se califica a los alumnos de malcriados, indiferentes, desatentos, indisciplinados, etc., cuando su comportamiento probablemente no sea sino manifestación o resultado de anomalías cuyas causas no se conocen, no se averiguan, ni se reconocen, por lo que ni profesores, ni funcionarios educativos, ni padres de familia pueden asumir una actitud seria y adecuada.

Por otro lado, la presente investigación es resultado de dos experiencias previas que ahora sistematizamos: primera, la preparación de la autora durante sus estudios de especialización en el área de “Desarrollo del habla, audición y lenguaje” desarrollado por la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, y segunda: la preparación y sustentación del

respectivo trabajo de habilitación para el ingreso a la docencia ordinaria en la Universidad Privada Antenor Orrego, por lo que nos anima el propósito de difundir los conocimientos e investigaciones pertinentes en la comunidad educativa y entre los padres de familia. Ojalá nuestros modestos aportes sean valorados y aprovechados en su justa intención relacionada con la formación y educación, especialmente de nuestros niños.

De acuerdo a lo expuesto, en el presente trabajo sistematizamos y difundimos los conocimientos de diversos autores, quienes los han plasmado en su respectiva producción bibliográfica, la misma que se va mencionando en el transcurso del desarrollo del presente trabajo.

De manera especial, en el conjunto de las anomalías y perturbaciones del lenguaje infantil, en el presente trabajo centramos nuestra atención en los temas de la dislalia, la disfemia y la dislexia, toda vez que ellos se presentan con mayor frecuencia en los niños.

Asimismo, al emprender el presente trabajo nos trazamos los siguientes objetivos:

- a. Difundir un conjunto de conocimientos teóricos sobre determinados problemas y anomalías del lenguaje que se presentan, especialmente, en los niveles de Educación Inicial y Primaria;
- b. Contribuir a la preparación de los profesores de los respectivos niveles, especialmente de Educación Inicial y Primaria, para que estén en condiciones de asumir la actitud recomendable en los casos pertinentes;
- c. Brindar apoyo a los padres de familia de los niños que presentan los problemas detectados para que asuman un comportamiento adecuado;
- d. Propiciar el estudio, conocimiento y aportes de la medicina, la lingüística y la psicología sobre la naturaleza y funcionamiento del lenguaje, especialmente en lo relacionado con las anomalías y perturbaciones frecuentes en la niñez;
- e. Fomentar el aporte y apoyo de los profesionales de la psicología para que contribuyan al tratamiento eficaz y oportuno de los problemas y anomalías detectados en la niñez.

Según lo expuesto, consideramos que el presente trabajo debe ser de especial importancia no solo para los profesionales y estudiantes de Psicología, sino, sobre todo, para los profesores, tanto del área de Lenguaje, como –de manera particular- para los niveles de Educación Inicial y Primaria.

Por otro lado, en nuestras actividades de coordinación con los estudiantes de prácticas profesionales de Psicología, especialmente de la UPAO, en diversas instituciones educativas, así como con determinados profesores del nivel primario y del área de Lenguaje y Comunicación, utilizamos la siguiente ficha, que tentativamente denominamos “Tarjeta psicopedagógica de lenguaje”, de cartulina, de 12 por 15 cm., que considera los siguientes aspectos:



### **TARJETA PSICOPEDAGÓGICA DE LENGUAJE (A)**

- **Encabezamiento.** *Se registra los datos personales: nombre y apellidos del alumno, año y sección de estudios, edad, domicilio, teléfono, etc.*
- **Registro del lenguaje.** *Espacio para anotar la conducta, comportamiento, incidente o manifestaciones irregulares o anómalas en el empleo del lenguaje.*
- **Diagnóstico.** *Identificación de la anomalía probable, por lo menos en forma aproximada.*
- **Tratamiento.** *Sugerencias para corregir la anomalía: diálogo con el asesor de la sección, comité o responsable de la orientación y bienestar del estudiante, citación y entrevista con los padres, acciones psicológicas, derivación del caso al profesional especializado.*
- **Seguimiento.** *Registro de los avances del tratamiento.*
- **Fecha y firma** *del observador (profesor o psicólogo).*

## TARJETA PSICOPEDAGÓGICA DE LENGUAJE (B)

- **Datos personales**

Nombres y apellidos del alumno: \_\_\_\_\_

Grado y sección de estudios: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

- **Registro del lenguaje**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- **Diagnóstico presuntivo**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- **Sugerencias de tratamiento**

- Diálogo con el asesor de la sección, comité o responsable de la orientación y bienestar del estudiante,
- Citación y entrevista con los padres,
- Acciones psicológicas,
- Derivación del caso al profesional especializado.

- **Seguimiento**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- **Fecha y firma del observador**

**Fecha:**

--	--	--

\_\_\_\_\_  
Firma

En cuanto a la **metodología**, nuestro trabajo consiste en sistematizar los conocimientos adquiridos durante nuestros estudios de especialización; la observación personal de determinados casos, en coordinación con nuestras estudiantes de la Escuela de Psicología de la UPAO; y el apoyo documentado de la bibliografía respectiva.

Antes, sin embargo, nos ha parecido conveniente presentar un panorama sobre las características de adquisición del lenguaje infantil, orientados por el conocimiento de que las diferentes anomalías y trastornos del lenguaje constituyen una realización irregular que, por diferentes causas y factores, se apartan de las características del nivel “standard” de la lengua general. Asimismo, aparte de la descripción y explicación de diversas anomalías o trastornos, centramos nuestra atención en la dislalia, disfemia y dislexia, por sus directas implicancias en diversos aspectos y áreas de la vida del niño, así como de su entorno familiar, social y educativo.

Lo expuesto nos indica la necesidad de una capacitación permanente, oportuna, sólida y amplia, de parte del profesorado, especialmente de los niveles básicos del sistema educativo, cuya función docente no puede limitarse a la planificación, desarrollo y evaluación de asignaturas, a la aplicación didáctica de los temas, o al desarrollo rutinario de lecciones y tareas. Su misión trascendente radica en la formación orientadora de la personalidad de sus alumnos; en el trabajo paciente, diligente y cuidadoso de su conducta; en la observación de sus actos de comunicación; o en la detección y orientación en los casos relacionados con problemas y desarrollo del lenguaje.

Por otro lado, durante nuestros estudios de especialización comprobamos que la generalidad de profesores, sobre todo de los niveles de Educación Inicial y Primaria, así como de la especialidad de Lenguaje y Literatura en Educación Secundaria, durante sus estudios en universidades y centros de formación docente, no son preparados en el área y temática que comprende el presente trabajo. El vacío y carencia se extienden también al campo psicológico, por lo que es urgente cambiar de actitud.

De acuerdo a lo expuesto, se necesita una nueva actitud, especialmente del profesorado, de manera, que, junto con la capacitación en aspectos pedagógicos, lingüísticos, didácticos y el apoyo psicológico, dedique mayor espacio a los aportes psicológicos y neurológicos relacionados con el conocimiento y proceso de adquisición del lenguaje, así como, específicamente, una mayor atención a las manifestaciones anómalas o irregulares del lenguaje. Es aquí, entonces, que la psicología debe aportar de manera decisiva, no solo para el diagnóstico de las anomalías, sino para orientar hacia un tratamiento adecuado.

Desde luego, no se trata de que los profesores y psicólogos sean expertos en el diagnóstico y tratamiento de las anomalías detectadas; pero tampoco su actitud puede continuar influida por cierto empirismo, desconocimiento e indiferencia.

Antes, sin embargo, nos interesa precisar el proceso de formación y desarrollo del lenguaje, íntimamente ligado a la función neurológica, aproximadamente a los cuatro meses de concepción de un nuevo ser en el vientre materno, lo que equivale a señalar que el lenguaje empieza a formarse, como función cerebral, en la vida intrauterina, aunque la emisión de los signos orales empieza a partir del nacimiento. Por eso los especialistas

reconocen una etapa de prelenguaje (de los 4 meses hasta el nacimiento) y lingüística, a partir del alumbramiento, específicamente con la producción de los primeros sonidos lingüísticos, que ocurren alrededor del primer año de vida.

Este conocimiento sobre el origen y desarrollo del lenguaje nos parece de especial importancia para los padres, psicólogos y maestros, aparte de que determinadas ramas de la medicina, como la pediatría y la neurología, también dedican especial atención a tan importante como trascendental proceso.

Por lo demás, debemos aclarar que en este libro no abordamos ni desarrollamos toda la variedad de manifestaciones de los trastornos del lenguaje, sino solo aquellos a los que hemos dedicado especial atención durante nuestros estudios de postgrado.

Por último, queremos precisar que, al emprender la realización de este trabajo no pretendemos de originales, puesto que muchos especialistas han profundizado y vienen profundizado en el tema. En tal sentido, nuestro aporte es simplemente de búsqueda, sistematización y adecuación de la información, sobre todo a partir de la información a la que pudimos acceder durante nuestros estudios de especialización en la especialidad respectiva. Por lo demás, creemos que esta problemática debe significar la participación conjunta e integrada de la familia, los padres, profesores, psicólogos, médicos, especialistas y todos quienes se relacionan directamente con la formación y desarrollo de los niños a partir del uso normal, eficiente y decoroso del lenguaje. Ojalá nuestra propuesta sea valorada desde esta perspectiva en procura del uso del lenguaje por los niños, dotados de confianza y seguridad en el uso de su principal medio de comunicación verbal, cualidad que nos diferencia claramente de otros seres de la creación universal.

Ojalá nuestra inquietud sea valorada en la perspectiva formulada, por lo que también esperamos las generosas críticas y sugerencias para mejorar nuestras inquietudes, en la perspectiva del desarrollo humano, especialmente de nuestros niños.



# 2

## **LENGUAJE, PSICOLOGÍA Y MEDICINA**

El lenguaje, en cuanto primordial medio de comunicación humana, es estudiado por varias ciencias. Desde el punto de vista de la lingüística, el lenguaje consiste en el conjunto de medios de expresión articulados que utiliza el ser humano para comunicar pensamientos, ideas, conocimientos, conceptos, sentimientos y vivencias. En efecto, la ciencia que lo estudia, originariamente es la lingüística, como la llamó el profesor ginebrino Ferdinand de Saussure, quien, considerando al lenguaje humano como símbolo, es decir portador de mensaje, lo llamó *Semiología*, cuyo equivalente actual también se llama Semiótica (Curso de Lingüística General 1967: 64).

Al respecto conviene destacar el aporte fundamental de Saussure al conocimiento fundamental del lenguaje desde el punto de vista científico en la etapa de formación de la Lingüística, a comienzos del siglo pasado, cuando el notable investigador señaló con toda precisión el componente psicológico del lenguaje:

“El estudio del lenguaje comporta, pues, dos partes: la una, esencial, tiene por objeto la lengua, que es social en su esencia e independiente del individuo; este estudio es únicamente psíquico; la otra, secundaria, tiene por objeto la parte individual del lenguaje, es decir, el habla, incluida la fonación, y es psicofísica” (p. 64).

Asimismo, concibiendo la idea de que el lenguaje es una elaboración mental, es también estudiado por la psicología, sobre todo en su relación con el sentido y significado. Para Ordóñez, C. (2005), citado por Lozano, S. Z. (2017) “el lenguaje está referido a las habilidades que le permitirán al niño comunicarse con su entorno y abarca tres aspectos: la capacidad comprensiva, expresiva y gestual. La capacidad comprensiva se desarrolla desde el nacimiento, ya que el niño podrá entender ciertas palabras mucho antes de que pueda pronunciar un vocablo con sentido; por esta razón es importante hablarle constantemente de manera articulada relacionándolo con cada actividad que realice o

para designar un objeto que manipule. De esta manera, el niño reconocerá los sonidos o palabras que escuche asociándolos y dándoles un significado para luego imitarlos”.

Asimismo, desde el punto de vista médico, el lenguaje es considerado como un comportamiento individual y personal de naturaleza neurológica, como lo sostiene el prestigioso médico e investigador Julio Bernaldo de Quiros (1985: 15).

Lo expuesto significa que el lenguaje puede ser estudiado desde diversos puntos de vista; en el presente caso, centramos la atención en los aspectos lingüísticos y psicológicos en un sentido teórico y pragmático en procura de sus aportes a la educación.

# 3

## **DESARROLLO DEL LENGUAJE EN LA** **ETAPA LINGÜÍSTICA**

Debido a que los problemas y trastornos del lenguaje se entienden como desviaciones o insuficiencias con respecto al uso de la norma “stándard” o general de la lengua, es necesario conocer las características del desarrollo del lenguaje del niño en su etapa lingüística, es decir, después del nacimiento, aproximadamente a partir del primer año de edad.

Al respecto, según los especialistas, se reconocen dos etapas generales en el proceso de adquisición y desarrollo del lenguaje: *prelingüística*, que comprende desde el nacimiento hasta la emisión de la primera palabra, que ocurre aproximadamente al año de edad, mientras que la etapa *lingüística* es desde dicho año hasta los ocho años aproximadamente, en que concluye el crecimiento y desarrollo del cerebro. A partir de dicha edad utilizamos el lenguaje según el volumen neurológico (cerebral) adquirido.

Para el desarrollo de este apartado seguimos en sus lineamientos generales los aportes contenidos en “El desarrollo de la lengua oral en el aula”, de Fernando Avendaño y María Luisa Miretti (2006: 29 a 33) y Julia Torres Gil (1996: 16 a 22).

### **3.1 LA ETAPA LINGÜÍSTICA**

Es la fase de construcción del lenguaje y comienza con la emisión de la primera palabra con propósito comunicativo. No se puede precisar exactamente cuándo comienza este periodo, ni cuándo se pronuncia la “primera palabra intencional o significativa”; por eso la fecha de pronunciación está muy diversificada; sin embargo, la mayoría de especialistas considera que ese hecho puede ocurrir alrededor de los dieciocho meses de edad, e incluso algunos meses antes. Probablemente el adulto cree que el niño dice aquello que él desea



oír y se lo devuelve oralmente con gran alegría, dándole el modelo sonoro que el niño reconoce idéntico al que él ha emitido, lo que le sirve al mismo tiempo para la mejora fonética de sus posteriores emisiones y para dar o confirmar el significado a la unión de sonidos repetidos que ha producido.

Dentro de ese periodo de formación lingüística, los autores mencionados reconocen las siguientes subetapas:

### **DE LOS 12 A LOS 14 MESES**

Durante el primer año el niño puede establecer una verdadera red de comunicación gestual, vocal o verbal, especialmente con la madre. A partir del primer año, o antes, el niño comienza a producir sonidos de la voz bastante próximos al léxico de la lengua adulta, es decir, las palabras. Esas formas verbales próximas a la palabra, constituyen un anticipo de la capacidad del niño para utilizar una pronunciación (significante) con contenido comunicativo. El repertorio léxico del niño es de tres a cinco palabras (mama, papá, teta).

Entre los trece y catorce meses se inicia la etapa “holofrástica” (palabra-frase), en la que el niño utiliza una palabra como expresión global de sentimientos o deseos, así como para designar o demandar objetos diferentes que hacen referencia, por lo general, a las personas y animales conocidos (“teta”, “papá”), a los objetos cotidianos que lo rodean y conoce, y a las acciones relacionadas con él, o frases de una sola palabra con varios significados, porque, aunque conozca las estructuras de las diferentes emisiones, no puede pronunciar la frase completa. Por ejemplo, el empleo de la palabra “abe” (abrir) puede contener varios significados más complejos que la simple palabra, cuyo significado solo se puede entender por el contexto en que se produce (ejemplo: “abrir la puerta”, “abrir la tapa”, “abrir la boca”, “no se puede abrir la teta”). El significado de estas palabras-frase es difícil para alguien ajeno al entorno del niño. En esta época, el adulto emplea un lenguaje sencillo, con frases cortas, claras y repetitivas, con objeto de favorecer el lenguaje del niño.

Asimismo, en esta etapa se produce un incremento de la denominación, porque el niño ya sabe utilizar los nombres de los miembros de la familia; entonces, al empezar su “conversación” emplea palabras que funcionan como llamadas o reclamos; por ejemplo: “imía, mí!” (imira, mira!). También en esta etapa el niño comienza a comprender los adjetivos calificativos empleados por los adultos (bueno, malo, rico, bonito, feo), así como comprender la negación y la oposición de los adultos, e incluso la interrogación como actitud (“¿Quieres tu teta?”, “Está rico?”)

A los doce meses de edad, el niño inicia un largo y complejo proceso de adquisición, comprensión y producción del lenguaje, de manera que paulatinamente va comprendiendo el significado que los adultos van atribuyendo a las palabras; pero para que este proceso se afirme es necesario que los padres estimulen el léxico del niño.

### **DE LOS 15 A LOS 18 MESES**

Algunos autores piensan que en esta etapa aparece el habla verdadera y señalan que el niño puede utilizar palabras para referirse a ciertos acontecimientos o llamar

la atención de los demás. Progresivamente, el vocabulario aumenta y a los 18 meses puede emitir alrededor de 10 palabras, descubriendo que cada objeto o los propios animales domésticos tienen un nombre diferenciado.

Algunos niños pueden emplear frases de dos o tres palabras, aunque la mayoría sigue empleando una sola para referirse a muchos objetos.

Desde los dieciséis o diecisiete meses de edad, el niño puede combinar espontáneamente varias palabras o frases, con lo cual incrementa su léxico expresivo.

En este momento se manifiesta un gran interés por el lenguaje; el niño desea expresar deseos y descubrimientos constantemente, si bien el gesto y la entonación siguen siendo de gran importancia para comprender lo que quiere decir. Entonces resulta muy recomendable ayudar para que el niño identifique los objetos, figuras y partes del cuerpo con las palabras correspondientes; por eso son muy recomendables los ejercicios sobre este aspecto.

## **DE LOS 18 MESES A LOS 2 AÑOS**

La primera frase aparece entre los 18 meses y los 2 años aproximadamente. Es la primera asociación de dos palabras con intención de significado. En esta etapa la mayoría de los niños dispone de un vocabulario mayor a 50 palabras, y también logran combinar entre dos y tres palabras por frase, con lo cual se inicia el “habla sintáctica”; es decir, la articulación de palabras en oraciones breves o frases simples.

También es posible advertir la combinación de sustantivos, verbos, adjetivos y adverbios en sus expresiones. Entre esas palabras suelen combinarse las relaciones: “sustantivo + sustantivo” (zapato papá), “verbo + sustantivo” (abre la puerta), etc. Dichas combinaciones son manifestaciones de la “gramática-pivot, pues en las mismas aparecen palabras que siempre ocupan una posición fija, pues no pueden combinarse entre sí y no pueden emitirse solas; por ejemplo, si “papá” es una palabra pivot en posición inicial, el niño siempre dirá: “papá auto”, “papá pelota”, etc.; si es en posición final la expresión será “auto papá”, “pelota papa”, etc.

Alrededor de los dos años el niño posee un vocabulario aproximado de 300 palabras. En sus expresiones suele observarse, también, el inicio de la utilización de los pronombres “yo”, “ustedes”, así como el posesivo “mi” y “mío”. Las frases que utiliza expresan un propósito o intención y también acción: “hace lo que dice” y “dice lo que hace”.

En estos momentos surge la negación, el “no”. A pesar de que el lenguaje a partir de ahora evoluciona con gran rapidez, podemos observar aún durante algún tiempo la persistencia de gritos y llores del “habla de bebé”, sobre todo en aquellos momentos en que el niño experimenta dolor o cólera, mientras que los deseos y estados de alegría son preferentemente expresados por medio del lenguaje más evolucionado.

Con la aparición de la función simbólica del lenguaje, los gestos y expresiones verbales del niño comienzan a referirse cada vez con mayor frecuencia a realidades más abstractas, por lo que manifiestan interés por escuchar cuentos sobre sí mismo o

sobre la familia, en los cuales va captando el sentido de las palabras y oraciones de los relatos que se les refiere.

## DE LOS 2 A LOS 3 AÑOS

Podemos hablar de un aumento de 20 a 50 palabras a los 20-21 meses y de 50 a 200 palabras a los dos años como media. A los tres años se advierte un incremento acelerado del vocabulario, por lo que el niño puede alcanzar un promedio de 900 palabras, mientras que a los tres años y medio el promedio puede ser de 1200 palabras.

En cuanto a las realizaciones más concretas entre los 2 y 3 años, destacamos entre otras, las siguientes actuaciones expresivas: se designa a sí mismo por su nombre y llama también por el nombre a sus familiares cercanos; los verbos pasan poco a poco de la forma infinitiva al presente o imperativo, así como utiliza la forma negativa; surgen los adjetivos y, hacia la mitad del segundo año, aparecen los artículos y los pronombres (él, tú, mío, tuyo); también las preguntas “¿Quién?” o “¿Dónde?”. Entonces los niños pueden ser capaces de emplear los verbos auxiliares “hacer” y “haber”, los determinantes y las preposiciones”, por lo que el lenguaje se vuelve más comprensible, incluso por parte de personas ajenas a la familia. Se pasa de esta forma a un habla, si bien poco elaborada aún, muy lejana cualitativamente de las primeras frases. Realiza, a lo largo de esta fase, y en forma paralela, numerosas adquisiciones fonéticas y sintácticas. Alrededor de los 3 años el niño puede realizar adecuadamente frases simples.

La aparición del “yo”, hacia los 3 años, es un momento muy importante, pues implica el acceso a un estadio del desarrollo psicológico en el que el niño tiene ya conciencia de sí mismo diferenciado del otro y capaz de relacionarse con él.

A partir de los 3 años, el niño utiliza en forma clara el plural y el género, comienza a emplear preposiciones y adverbios, usa el verbo en futuro y en pasado, y puede realizar preguntas como “¿Por qué?” y “¿Cuándo?”, a la vez que entra en un período de interrogaciones casi constantes, por su afán de querer saberlo y comprenderlo todo. Hacia la mitad del tercer año aproximadamente aparece el uso de los verbos reflexivos, los pronombres y complementos, la forma negativa correcta, así como la forma “porque...”. Emplea frases aisladas que, si bien aún son simples, son ya correctas.

Merece la pena señalar que entre los 3 y 4 años suele aparecer lo que se conoce como **tartamudeo fisiológico**. Los niños de 3 años o más repiten normalmente dos o más veces una sílaba o una palabra; en algunos sujetos esas repeticiones son más prolongadas y frecuentes, lo que hace pensar en un tartamudeo real. Esto suele suceder por la importante diferencia que existe en este momento evolutivo entre todo lo que el niño quiere expresar y los medios reales que aún posee para hacerlo. Parece que mientras repite la primera palabra de la frase busca las palabras que siguen. Este tipo de tartamudeo tiende a desaparecer a medida que el niño aumenta y madura su capacidad expresiva. Los adultos que lo rodean no deben mostrarse preocupados por esta dificultad, ya que ello lo haría consciente de un problema que no es en realidad tal, con lo que se correría el riesgo de prolongarlo e incluso de convertirlo en un verdadero tartamudeo.

## **DE LOS 4 A LOS 5 AÑOS DE EDAD**

A partir de los 4 años el lenguaje de base se considera adquirido. El niño utiliza correctamente las diferentes formas verbales, emplea frases cada vez más complejas y comienza la narración. Participa en las conversaciones ampliamente y tiende al monólogo mientras juega.

Aproximadamente alrededor de los cuatro años el niño exhibe ya un cierto dominio de la gramática, aunque comienza a expresarse de acuerdo a un estilo “propio y personal”. Una de las consecuencias de ese empleo sistemático de la gramática se manifiesta en el empleo de “sobregeneralizaciones”. Entonces cometen errores que antes no se presentaban; es decir, si anteriormente pronunciaban correctamente las formas verbales “vino”, “hizo”, ahora comienzan a construir las formas irregulares de esos verbos empleando las formas “vinió”, “hició”, siguiendo el modelo de las formas “pidió” o “salió”; pero este desempeño lingüístico, que podría interpretarse como un paso atrás o un retroceso en el uso del lenguaje, en realidad, es una revelación o indicio de que el niño está ingresando exitosamente a la indagación y uso de las reglas sintácticas. En esta misma etapa aparece la pregunta “¿Cómo?”.

## **DE LOS 6 A LOS 7 AÑOS**

A los 6 años la narración será aún somera o simple, pero podrá expresar lo esencial de los acontecimientos en forma clara y comprensible. Desde un punto de vista morfológico, el niño emplea en forma adecuada los pronombres posesivos; también usa algunos adverbios y preposiciones espaciales y temporales; aumenta la cantidad de infinitivos y participios, así como utiliza adecuadamente las formas irregulares de los verbos.

A nivel sintáctico, a partir de los 6 años el niño consigue realizar adecuadamente la concordancia entre sujeto y verbo dentro de la oración, así como la concordancia de tiempos entre la oración principal y la subordinada. Ej. “Tomo mi desayuno porque me voy al jardín”.

## **DE LOS 7 A LOS 8 AÑOS**

Sin embargo, entre los 7 y 8 años el niño produce las primeras oraciones pasivas y empieza a comprender que un mismo hecho puede describirse desde dos puntos de vista diferentes, comprensión que no será correcta en su totalidad hasta los 9-10 años.

Aunque normalmente el desarrollo del lenguaje continúa hasta los diez o doce años, los aspectos más importantes se adquieren coincidentemente con la etapa de ingreso a la escolaridad, es decir, a la educación primaria. Entonces, en esta etapa la generalidad de los niños no debe presentar dificultades para comprender ni expresarse en forma descontextualizada; es decir, fuera del ámbito o contexto comunicativo; por ejemplo, los niños pueden ser capaces de referir historias inventadas o imaginarias, organizar una serie de acontecimientos pasados, darles un tratamiento lógico y explicarlos conforme a las convenciones lingüísticas o idiomáticas formales. Asimismo, los niños

son capaces de utilizar oraciones compuestas, tanto coordinadas como subordinadas (“He realizado mis tareas de lenguaje y de historia”; “ya sé leer, pero no comprendo varias palabras”). Desde luego, también pueden presentar problemas de conectividad o de concordancia (“En clase habemos pocos alumnos”; “Estudio mucho mis tareas porque ayer estuve jugando”).

### 3.2. ASPECTOS ARTICULATORIOS Y FONÉTICOS

En esta parte consideramos los aportes teóricos de Torres, G. (1996), quien sostiene, entre otros aspectos, que se entiende por adquisición articulatoria la capacidad del niño para emitir adecuadamente los sonidos o fonemas en forma aislada. Al respecto, se debe tener en cuenta que hay un conjunto de sonidos, de fonemas, de los que derivan todas las lenguas. Por ejemplo, todas las lenguas usan P, T, K, S y N y pocas utilizan R y L. Los fonemas comunes son los más sencillos de aprender y dominar porque manifiestan los contrastes articulares y auditivos más importantes. Todos los niños comienzan dominando estos sonidos. Los fonemas con distinciones más sutiles, que suelen ser los que distinguen una lengua de otra, son los más difíciles de adquirir.

El periodo “del balbuceo o laleo” (de 3 a 4 meses) es de una gran riqueza fonatoria. Aparecen en él las vocales; después, los sonidos consonánticos como K, G, J y observamos que, al contestar al que le habla, el niño chasquea los labios produciendo P y B, realiza también sonidos reiterativos como “ga, ga, ga”; usa diferentes entonaciones características de la conversación, adquiere precisión en el empleo de labios y lengua. Es el momento en que los niños son capaces de realizar todos los sonidos imaginables.

Progresivamente estas realizaciones articulatorias desaparecen para dar lugar a las primeras reproducciones de fonemas de la lengua materna.

Hasta los 7-8 meses, aproximadamente, no aparecen con más precisión estos sonidos de la lengua adulta; asimismo, hay que considerar que los sonidos aislados se adquieren en forma gradual y nunca repentinamente.

Ofrecemos a continuación un esquema aproximativo de **adquisición articulatoria**, propuesto por Gil, T. (1996); sin embargo, con esto no se pretende afirmar que la secuencia sea similar estrictamente para cualquier niño:

- a. Aparecen en primer lugar las vocales: A, I, U, E y O;
- b. Luego siguen las consonantes oclusivas (que, para ser adecuadamente producidas, requieren que los labios o la lengua puedan cerrar la cavidad bucal) de punto de articulación anterior: P y B. A la vez surgen M y N (nasales); tras ellas T y D (oclusivas de punto de articulación intermedio), y K y G (oclusivas de punto de articulación posterior). También aparecen Ñ (nasal) L (lateral) y J (fricativa). Este proceso se da alrededor de los 3 años;
- c. En siguiente lugar, hacia los 4 años aproximadamente, se adquieren las consonantes fricativas (producidas por una salida de aire por un orificio estrecho): F, S, CH y la Z, que tarda algo más en aparecer;

- d. La R es una adquisición tardía, que puede alargarse hasta los 6-7 años en algunos casos, al igual que las combinaciones de dos vocales, como AU y EI;
- e. Las combinaciones de dos consonantes han de estar ya establecidas a los 7 años.

En cuanto al aspecto **fonético-fonológico**, diríamos que se refiere a la capacidad del niño para articular sin error fonemas diferentes en sílabas y palabras (Gil, T. 1996).

- a. Al año el niño emplea monosílabos, que son esbozos de palabras, que puede repetir aisladamente o en forma duplicada;
- b. Entre el año y los dos años el pequeño ya puede formar palabras de dos y tres sílabas simples diferenciadas, aunque no correctas fonéticamente. Las palabras aparecen así deformadas. El niño tiende en esta etapa a la simplificación fonética: es la característica “habla de bebé”. En estos momentos está en condiciones de entender el lenguaje del adulto, aunque no puede realizarlo, por lo que es importante ayudar a la evolución hablándole con claridad y precisión, y no emplear su mismo lenguaje de bebé en la creencia de que así se le facilita la comprensión, ya que ello podría provocar un estancamiento en la evolución;
- c. A los dos años puede repetir dos sílabas muy simples;
- d. A los tres años puede reproducir palabras de tres sílabas simples;
- e. A los cuatro años reproduce grupos de dos consonantes sencillas;
- f. A los cuatro o los cinco años la simplificación fonética va decreciendo considerablemente;
- g. De los cinco a los seis años puede repetir grupos consonánticos;
- h. A los seis años puede emitir prácticamente cualquier sonido del idioma; sin embargo, le cuesta emitir palabras complejas, que aún tiende a deformar;
- i. A partir de los seis años, mejora la pronunciación de consonantes especialmente difíciles, como CH, J, S, Z, L y R, al combinarlas con otros sonidos en palabras de compleja pronunciación;
- j. De los seis a los diez años el niño estabiliza una pronunciación que le permitirá un alto nivel de aprendizaje en su desarrollo lector.

### 3.3. LA COMPRENSIÓN

Continuando con los aportes y lineamientos de Torres, G. (1996), con relación a la comprensión, consideramos ahora los siguientes aspectos:

La comprensión es anterior a la producción del lenguaje verbal. Antes de ser capaz de producirlos, el niño comprende los elementos del lenguaje. A lo largo de los primeros seis meses parece que la comprensión verbal como tal no existe. El niño responde, sin embargo, a una variada gama de sonidos cambiando el movimiento de los ojos o sobresaltándose, por ejemplo. También deja de llorar si la madre le habla. A los tres meses el niño reconoce más claramente ruidos familiares, vuelve la cabeza y sonríe mientras su madre va haciendo

cosas a su alrededor (como prepararle el biberón o el baño). Reacciona ya a entonaciones y mímicas.

En el segundo semestre aparecen signos más claros de comprensión verbal. Hacia el séptimo mes la conducta del niño puede inducirse con palabras o frases como “no”. A los nueve meses, aproximadamente, comprende la primera palabra, y a los 12 meses puede comprender un mínimo de tres palabras.

A partir de aquí la comprensión se desarrolla con gran rapidez, superando ampliamente a la expresión. Así tenemos que ya a los 18 meses puede comprender nombres que escucha con frecuencia, así como denominaciones de algunas partes del cuerpo, de prendas de vestir y de algunos animales más cercanos. También accede a frases simples relacionadas con su experiencia cotidiana.

A los dos años el niño tiene un vocabulario comprensivo de 200 a 1000 palabras concretas, pudiendo designar los objetos e imágenes que corresponden a esos nombres. Comprende la pregunta “¿Dónde?” y responde a órdenes simples, como por ejemplo “Dame la cuchara”. Hacia el segundo semestre de los dos años puede ya designar objetos definidos por el uso y entender preguntas como “¿Cuándo?” y “¿Por qué?”. El vocabulario comprensivo puede llegar antes de los tres años a 1,800 palabras.

De los tres a los tres años y medio puede acceder a algunos sustantivos abstractos, adjetivos de dimensión y nociones espaciales simples. De los tres y medio a los cuatro años, comprende adjetivos relacionados con la semejanza y preguntas simples, así como palabras que traducen cuestiones relacionadas con el cuerpo.

La comprensión llega a los cuatro años hasta 2000 palabras. A esta edad puede acceder a casi todo el lenguaje más habitual y concreto que se utiliza diariamente a su alrededor. Algo más adelante, a los cuatro años y medio, entiende la pregunta “¿Cómo?”, y realiza tres recados simples en orden. Su vocabulario comprensivo antes de los cinco años puede llegar a ser de 2600 palabras.

De los cinco a los seis años accede a la comprensión de las nociones espaciales más complejas y puede entender también la noción de diferencia.

A los seis años comprende adverbios y preposiciones espacio-temporales. Más adelante, entre los 7-8 años, empieza a comprender las pasivas.





# 4

## **ALTERACIONES Y TRASTORNOS FRECUENTES DEL LENGUAJE**

En el desarrollo de este importante y esclarecedor tema, desarrollamos y explicamos los importantes aportes teóricos de Mendoza, E y Caballo, G. (1990). Sus descubrimientos y aportes son fundamentales para un cabal conocimiento y aplicación relacionados con aspecto tan crucial, como sin duda, lo constituyen las alteraciones y trastornos del lenguaje en los niños.

Por otra parte, es importante tener en cuenta la importancia, diagnóstico y tratamiento oportuno y adecuado de los trastornos del lenguaje; sin embargo, la actitud debe ir más allá del diagnóstico de las alteraciones y trastornos del lenguaje; asimismo, la tarea debe movilizar a los padres, maestros, especialistas y a los propios niños. Por eso nos parecen oportunas las palabras de Azcoaga, quien expresamente advierte:

“Formular el diagnóstico no puede ser la etapa definitiva en la problemática de los trastornos del lenguaje infantil. Sin embargo, esta afirmación que parece obvia se hace necesaria cuando se advierte en muchos casos la tendencia a definir el problema sólo en términos de respuesta a la pregunta “¿qué es?” mientras todo lo subsiguiente queda librado más o menos oscuramente a la intervención de las diferentes técnicas especializadas en “rehabilitación” (...) Para esa eventualidad, todos deben estar preparados: los padres, el propio niño y los profesionales que intervienen”. (1981: 186).

### **4.1. SEÑALES DE ALERTA**

En cuanto a este tema es preciso tomar en cuenta algunas consideraciones previas. Es el caso que muchos niños, por sus características específicas, adquieren y desarrollan su lenguaje de una forma especial. Son, por ejemplo, los niños con sordera y otros claros

trastornos sensoriales, motores, intelectuales o emocionales, que afectan en forma importante al lenguaje. Estos niños tienen estrategias propias de comunicación. Son fácilmente detectables en la escuela y, frecuentemente, los tutores y especialistas de los centros educativos ya han sido advertidos de sus dificultades y asesorados sobre la mejor forma de abordar su integración en el aula.

Cuando los problemas de lenguaje no tienen una causa tan evidente y no se tiene una referencia previa de estos alumnos, cuesta mucho, en ocasiones, estar seguro de lo adecuado del habla de un niño o de la comprensión que manifiesta ante la intervención o interacción con un adulto u otro niño. La delimitación entre lo normal y lo que no lo es en este campo no es fácil de determinar, debido, sobre todo, a los distintos ritmos con que se lleva a cabo el desarrollo en los niños. Una dificultad de lenguaje puede ser el síntoma más evidente de patologías orgánicas o psíquicas más complejas que conviene conocer.

Si tenemos en cuenta, pues, las diferencias individuales en la adquisición del lenguaje, aunque nos movamos en unos márgenes aproximados, la tarea de detectar lo más precozmente posible y de forma eficaz los casos de alumnos con trastornos que requieren una atención específica no es siempre fácil. Las dificultades del lenguaje, por otra parte, no suelen ser homogéneas en un individuo, y es frecuente encontrar a un alumno que parece tener la comprensión esperada en función de su edad cronológica y trastornos variados en su expresión oral. En otras ocasiones, es dentro de la misma expresión donde existen las diferencias, de modo que un niño puede tener dificultades significativamente superiores en el área fonológica con respecto a la de morfosintaxis, por ejemplo.

La mayoría de los niños con dificultades en el lenguaje oral tiene problemas de tipo funcional o evolutivo, y conviene tener presentes los síntomas más evidentes de las distintas patologías para que estos trastornos considerados “menos graves”, aunque muy frecuentes, sean detectados lo antes posible. De ese modo, se podrá centrar adecuadamente la problemática por medio de una observación o exploración precisa y plantear, si es necesario, formas de intervención y programas o ajustes específicos dentro o fuera del aula ordinaria o de reeducación, destinados a favorecer el desarrollo lingüístico del niño.

Un niño con dificultades de lenguaje, aun no siendo éstas graves, en principio, estimulará menos o de manera menos activa la comunicación de los otros hacia él por sus inferiores posibilidades de expresar con cierta precisión deseos, emociones y sentimientos, por cuyo motivo la familia y el entorno social próximo pueden agravar el problema.

Conviene tener en cuenta la frecuencia con la que, dentro del ámbito familiar, se detecta que “algo no marcha bien”; pero, bien por carecer de referencias sólidas en las que basarse, bien por evitar enfrentarse con la evidencia del problema, éste se aparta aparentemente, no sin crear ansiedad en la relación. El ambiente familiar puede perfilarse, así como lleno de tensión y cercano a provocar o potenciar problemáticas emocionales paralelas que pueden llegar, en ocasiones, a ser más importantes que el propio trastorno de lenguaje que las ha originado.

Si se conocen las dificultades será posible orientar a las personas que conforman el ambiente afectivo del niño para que su relación con él sea más relajada y estimulante,

ya que este conocimiento permitirá acceder mejor a las posibles soluciones. Es muy importante prestar atención a las pequeñas observaciones cotidianas que a menudo transmiten los padres e interesarse por ellas, pues pueden ser de gran importancia para un posible diagnóstico preventivo.

El profesor de aula y el especialista de la institución educativa deben preguntarse por qué un alumno determinado les llama la atención, les plantea dudas o les preocupa con respecto a su lenguaje. Antes de efectuar una exploración, es necesario reflexionar sobre el caso e informarse más ampliamente. Esta reflexión es importante para no alertar a las familias sin estar mínimamente seguro de lo que se ha observado, ya que la diferencia entre normalidad y patología vendrá dada a menudo por la intensidad y duración del síntoma o síntomas detectados, su frecuencia, la edad en que aparece, y también -sobre todo en patologías más difusas- por las condiciones en que vive y se desarrolla el niño y su entorno. El alumno puede presentar trastornos muy diferentes, como retraso en el aprendizaje, retraso en el desarrollo del lenguaje, pérdida de los conocimientos que parecían ya adquiridos o regresión en ellos, falta de adquisición de conocimientos o quizás un desfase cronológico preciso-, por lo que solo una buena observación acompañada de nuestro criterio profesional y nuestros conocimientos podrá ayudarnos a entender suficientemente el problema, comentarlo con la familia y consultar un especialista externo si fuera necesario.

#### **4.2. ALTERACIONES Y TRASTORNOS DEL LENGUAJE QUE AFECTAN A LA EXPRESIÓN**

Ante todo, conviene establecer la diferencia, desde el punto de vista lingüístico, entre sonido y fonema. El sonido hace referencia a la emisión que se hace al hablar; es una entidad física que se produce por la vibración del aire al pasar por las cuerdas vocales y por la transformación que sufre esta columna de aire en su transcurso por la boca y la cavidad nasal. El fonema es una entidad abstracta y hace referencia al concepto que tenemos del sonido; gracias a esta representación mental somos capaces de reconocer los sonidos que emite gente muy diversa y de formas diferentes (niño de corta edad, anciano...), y entender así lo que dicen, debido a que podemos ubicar sus producciones en el esquema fonológico que poseemos todos los hablantes de una misma lengua. Por “fonético” entenderemos, pues, lo concerniente a *sonido*, mientras que por “fonológico” nos referimos a *fonemas*.

Desarrollamos a continuación una relación de alteraciones que se suelen presentar especialmente en los años tempranos de la vida, incluidos los primeros grados de educación.

- a. **Trastorno fonético.** Los trastornos fonéticos se refieren a alteraciones de la producción. La dificultad está centrada básicamente en el aspecto de coordinación motriz y articulatoria; es decir que, en principio, no hay confusiones de percepción y discriminación auditiva. Los niños pueden revelar errores estables, que cometen siempre el mismo error cuando emiten el sonido o sonidos problemáticos. Estos errores se manifiestan en la pronunciación incorrecta o en la omisión de algunos sonidos; por ejemplo, el cambio de la “s” por la “c”, de la “c” por la “s”; la incorrecta

pronunciación de la “r” (guitaya, Cailos). Los niños pasan por un proceso evolutivo en el que tienen diferentes dislalias por no poseer aún las imágenes acústicas adecuadas o porque sus órganos articulatorios no son capaces de realizar con precisión complejos movimientos articulatorios. En los primeros años se manifiesta como balbuceo y se considera como algo normal, pues con el ingreso del niño a la escuela, su lenguaje tiende a normalizarse. Estas dislalias de desarrollo tienden a desaparecer sin necesidad de intervención terapéutica. Sin embargo, muchas veces persiste hasta la edad adulta, con graves repercusiones psicológicas, como retraimiento o poca socialización.

Se considera que hay un trastorno fonético cuando estas dificultades persisten más allá de la edad en que dichos sonidos se suelen pronunciar correctamente. Las causas de esta alteración suelen hallarse en un déficit cognitivo, sensorial o sociocultural, o también en un trastorno de tipo afectivo. En numerosas ocasiones la etiología es desconocida o mal conocida.

Con este respecto, se atribuye gran responsabilidad a los padres o familiares, muchos de los cuales, en su intento de identificarse con el niño, o porque les causa gracia, imitan su habla, la cual puede arraigarse como un hábito que puede persistir por el resto de la vida. En otras ocasiones, la dislalia puede constituir una forma de hablar en la que los sonidos se vuelven casi ininteligibles, lo cual, además de las dificultades para el aprendizaje, puede determinar una actitud de burla de las demás personas, de los familiares o de los compañeros de la escuela.

Se deduce que la causa es básicamente afectiva y ambiental, cuyo principal escenario es el hogar, salvo que, en realidad, se trate de trastornos orgánicos o de fallas de la inteligencia, en cuyo caso el tratamiento requerirá de la intervención de especialistas, entre los cuales la participación de los psicólogos puede ser de gran ayuda. Por lo demás, normalmente, la dislalia debe desaparecer alrededor de los cinco años.

Las alteraciones relacionadas con los trastornos fonéticos pueden ser de distinta clase, como las que describimos a continuación:

- **De omisión:** Falta la producción del sonido o se da un alargamiento de la vocal anterior que marca la presencia de la consonante omitida que no se puede pronunciar. Ej. “cao” en lugar de “carro”.
- **De sustitución:** Sustitución de un sonido por otro, normalmente de adquisición anterior o de la misma familia fonética. Algunos de los errores más frecuentes son los ceceos y los seseos. Ej. “caza” en lugar de “casa”.
- **De distorsión:** Sustitución de un sonido por otro que no pertenece al sistema fonético del idioma. Hay falta de claridad y suele dar lugar a un sonido débil o incompleto. Ej. con rotacismo gutural: R francesa.
- **De inserción:** Ante un sonido dificultoso de articular, el niño intercala otro fonema que no corresponde a esa palabra, y se convierte en un vicio de dicción. Ej. En lugar de ratón, dirá “aratón”;

- b. **Trastorno fonológico.** Este trastorno hace referencia a las dificultades del habla en niños que no tienen alteradas otras habilidades lingüísticas. La alteración no se produce necesariamente en el nivel articulatorio, sino en el perceptivo y organizativo, es decir, en los procesos de discriminación auditiva, afectando a los mecanismos de conceptualización de los sonidos y a la relación entre significante y significado. La inteligibilidad del discurso depende de la gravedad problema.

La expresión oral es deficiente, pudiendo llegar a ser, según la gravedad del trastorno, prácticamente ininteligible. Los errores suelen ser fluctuantes. Por lo general, el niño puede producir bien los sonidos aislados, pero la pronunciación de la palabra suele estar alterada. En casos extremos, pronuncia por imitación de forma adecuada todos los sonidos, pero es incapaz de producirlo espontáneamente.

La diferencia esencial con el trastorno fonético, detectable en una primera y rápida observación, es que en el trastorno fonológico las alteraciones de pronunciación se producen en la expresión espontánea, si bien pueden darse también en la repetición de palabras a pesar de que el niño sea capaz de producir aisladamente los elementos fonéticos implicados. En el fonético, en cambio, la alteración de la pronunciación es permanente en cualquier contexto silábico.

De esta manera, nos encontramos con que un importante número de niños con dificultades de pronunciación tienen un trastorno combinado fonético-fonológico. Es frecuente que, aun siendo trastornos bien diferenciados, presenten en numerosas ocasiones signos externos parecidos. También hay que recordar que la completa adquisición de fonemas puede extenderse, si no existen causas sensoriales o motoras que lo impidan y siempre en función de cada niño en concreto, hasta los 6 años aproximadamente.

- c. **La dispraxia verbal.** Es una alteración grave de la articulación. Hay una imposibilidad de efectuar movimientos complejos que no es explicable por trastornos de tipo motriz. Se presenta una gran dificultad para realizar movimientos voluntarios de la lengua, labios, maxilares y otros órganos precisos para la articulación.

Los niños que pueden tener muy poca fluidez verbal e incluso pueden ser mudos. Entonces hablan con mucho esfuerzo, emplean expresiones cortas y con grandes alteraciones de tipo fonético. Su comprensión suele estar conservada, es decir, parecen saber lo que quieren, pero les cuesta enormemente expresar las palabras.

Ajuriaguerra, J. (1979), entre otros autores, habla de esta problemática como de un trastorno de la actividad gestual en un sujeto cuyos órganos ejecutivos están intactos y que posee un conocimiento del acto que ha de realizar. Sus síntomas externos más frecuentes son los siguientes:

- Hay una dificultad para organizar y desarrollar la totalidad del movimiento fonatorio, no explicable por trastornos propiamente motrices.
- Están afectadas las emisiones voluntarias, pero pueden estar conservadas las automáticas.

- El niño dispráxico tiene sobre todo dificultades en el inicio de la emisión.
  - El trastorno dispráxico es variable la calidad de las respuestas.
  - Los errores del niño dispráxico consisten preferentemente en sustituciones.
- d. **La nasalización.** Consiste en la pronunciación defectuosa de las palabras, con timbre desagradable y poco claro, debido al fuerte matiz de las fosas nasales. La causa puede atribuirse a anomalías en el paladar, encías o labios, así como también a una defectuosa respiración. El tratamiento puede consistir en ejercicios respiratorios o gimnásticos; estos últimos, para fortalecer el velo del paladar, el cual puede haber adquirido cierta rigidez o falta de elasticidad.
- e. **La taquifemia.** También denominada taquilalia, es una forma confusa, desordenada, precipitada y rápida de hablar, que puede llegar a una falta de coordinación fono respiratoria y a omisiones de sílabas y fonemas al final de las palabras. El niño puede manifestar bloqueos que, en algunos casos, llega a confundirse con los observados en el lenguaje del disfémico. También el niño taquilálico no suele ser consciente de estas dificultades o solo lo es por las indicaciones de los interlocutores y puede, en un momento determinado, controlarlas. El nivel del lenguaje no tiene por qué estar afectado.
- f. **La tartamudez.** Consiste generalmente en la repetición de la sílaba inicial de ciertas palabras, de manera que se interrumpe la emisión continua y normal de la palabra o enunciado correspondiente. No está determinada con precisión la causa real que la produce, aunque se descarta que pueda deberse a factores orgánicos.

La disfemia es “una disfluencia o dificultad en el flujo normal del habla. Ocasiona repeticiones de sílabas o palabras o paros espasmódicos que interrumpen la fluidez verbal” (Serón y Aguilar, 1992). A las alteraciones del habla se le suman, generalmente, manifestaciones de tensión muscular, como movimientos de manos, cierre de ojos, gesticulación facial y movimientos corporales. Suele aparecer a edad temprana (el 88% de ellas antes de los 7 años) y es más común en los varones.

Para objeto de diagnóstico temprano, se debe distinguir entre la disfluencia, característica de la tartamudez, y la afluencia o no afluencia, la cual es normal en el desarrollo de los niños. La primera se referiría a la repetición de sonidos y sílabas y a prolongaciones de ellos; la segunda, a la repetición de frases y palabras y la revisión de frases e interjecciones.

**Tipología.** En realidad, hay varios tipos de disfemia según diversidad de criterios. Para empezar, de acuerdo **al lugar de la palabra donde** se produce la dificultad en la articulación, se reconocen tres clases de disfemia:

- **Disfemia tónica:** el atasco en la fluencia se produce al inicio del habla.
- **Disfemia clónica:** el titubeo se produce en la palabra, una vez que se ha empezado a hablar.
- **Disfemia tónico-clónica:** es una combinación de las dos anteriores.

Por otro lado, **según la severidad**, se reconocen estos tipos de disfemia:

- **Ligero:** el niño tartamudea el 2% de las palabras, tensión imperceptible, pocos bloqueos y no mayores de un segundo de duración.
- **Suave:** el niño repite el 2-5% de las palabras, tensión perceptible, presenta varios bloqueos de duración menor a un segundo.
- **Regular:** repite el 5-8% de las palabras, alguna tensión, bloqueos regulares de un segundo, manifiesta algunos movimientos asociados y mímica facial.
- **Moderadamente severo:** tartamudeo del 8-12% de las palabras. Tensión perceptible, bloqueo de dos segundos.
- **Severo:** el niño tartamudea entre el 12-25% de las palabras, tensión notable, bloqueo de 3 y 4 segundos. Manifiesta movimientos asociados.
- **Grave:** repite el 25% de las palabras, mucha tensión, bloqueos más largos de 4 segundos. Manifiesta muchos movimientos asociados y mímica.

Asimismo, se han desarrollado tres modelos que buscan explicar la tartamudez. Ellos son:

- **Modelo de los factores fisiológicos.** Las investigaciones en gemelos univitelinos han demostrado una predisposición genética a tartamudear, aunque no en todos los casos. Otros estudios han demostrado un tiempo de iniciación (VOT) superior que en los niños normales, así como reacciones más lentas en el ámbito manual y vocal.
  - **Modelo psicosocial.** El inicio de la tartamudez, según Serón y Aguilar (1992), estaría dado por las reacciones estresantes de la familia ante las no fluencias normales del niño. Además, el niño intenta resolver sus afluencias a través de variadas acciones, las cuales son reforzadas mediante *condicionamiento operante*, lo que explicaría el origen de los variados signos de tensión física en el tartamudo.
  - **Modelo psicolingüístico.** Las investigaciones han estimado que el lenguaje del disfémico a nivel comprensivo y del vocabulario conlleva un retraso aproximado de 6 meses. Además, repiten más las conjunciones y los pronombres, repiten más al inicio de las frases, etc. Junto a esto, es interesante la relación existente entre el habla del niño y la no aceptación de ésta por parte de la madre, reflejada en una mayor interrupción del discurso del niño.
- g. **La dislexia.** Constituye una anomalía que consiste en la dificultad para leer oralmente pese a tener la capacidad orgánica y mental normal. Se manifiesta durante los comienzos de la escolaridad.

Entendemos por “dislexia”, las dificultades de numerosos alumnos en la adquisición del lenguaje, así como los problemas que derivan de ello, como la lectura y la escritura. Podemos decir que la “dislexia” es el efecto de una multiplicidad de causas que pueden serse entre dos polos; por una parte, los factores neurofisiológicos (que

ralentiza la maduración del sistema nervioso) y por otra, los conflictos psicógenos (provocados por presiones y tensiones en el ambiente en el que se desenvuelve el niño).

Las investigadoras Fernanda Fernández Baroja, Ana María Llopis Paret y Carmen Pablo de Riego, en su libro “*LA DISLEXIA: origen, diagnóstico y recuperación*”, afirman que la mayoría de los autores en los últimos años emplean este término con mayor precisión para designar un síndrome determinado, que se manifiesta como una dificultad para la distinción y memorización de letras o grupos de letras, falta de orden y ritmo en la colocación, mala estructuración de letras, etc., lo cual se hace patente tanto en la lectura, como en la escritura.

Hay autores alemanes, como Stockert, que usan el término “*legastenia*” para referirse a la dislexia, aunque es poco preciso, pues *legastenia* significa más bien, una lentitud en la lectura más que un trastorno en el aprendizaje. También hay que distinguir el término “*alexia*”, que es una incapacidad total para la lectura, unido a una lesión cerebral.

La dislexia puede aparecer en niños cuyo cociente intelectual es normal y sin problemas físicos o psicológicos que puedan explicar dichas dificultades.

Por otro lado, las estadísticas muestran que la dislexia afecta a un 10% o 15% de la población escolar y adulta; además, afecta en igual proporción tanto a niñas como niños, aunque cabe destacar, que estadísticas inglesas e investigaciones de varios psicólogos, han confirmado que cada 8 niños afectados, se da un caso de una niña disléxica. A grandes rasgos y según estas estadísticas, podemos decir que, en cada aula de 25 alumnos como media, se espera que encontremos un alumno disléxico.

- h. **El mutismo selectivo.** El mutismo selectivo consiste en la ausencia de habla ante determinadas personas o ante circunstancias específicas. Constituye un trastorno que se manifiesta como una pérdida del habla después de haber aprendido dicha facultad; o sea que no se puede considerar como víctimas de este mal a niños que aún no han desarrollado su lenguaje de acuerdo con su edad. Puede aparecer alrededor de los cinco años de edad, cuando el niño debe ir a la escuela, aunque hay casos que también puedenj presentarse en la pubertad o adolescencia.

Esta anomalía a veces puede deberse a una sordera parcial, puesto que, si el niño no oye, tampoco estará en condiciones de hablar. También se dice que puede ser más frecuente en las niñas que en los varones. Asimismo, se ha observado que casi no se presenta en los hijos únicos o en el primer hijo. Otra observación señala una mayor incidencia en los casos de familias inmigrantes, debido, probablemente, al cambio de ambiente y a la necesidad de tener que comunicarse en una nueva lengua, en el caso de familias extranjeras, o dialectos, en el caso de migración interna; por ejemplo, de la sierra a la costa, del campo hacia la ciudad.

Es una alteración que, en casos muy extremos, puede durar varios años, aunque lo habitual es que no se alargue más que unos meses.



Por otro lado, también hay que tener en cuenta que el mutismo puede ser de dos clases: **total y parcial o electiva**. En el primer caso, puede ser una manifestación psicótica, por lo que puede considerarse como una manifestación patológica.

El *mutismo electivo* se manifiesta en determinadas situaciones; por ejemplo, en la escuela o en reuniones sociales, y no en los grupos de amigos o personas de confianza. En tales situaciones, los niños entienden todo lo que se les dice, pero no pueden hablar y se valen, más bien, de movimientos de cabeza, gestos, monosílabos o frases cortas y entrecortadas; no obstante, también hay que advertir que muchos niños pueden presentar anomalías de articulación o retrasos en la producción del lenguaje oral. De todos modos, debe considerarse que el mutismo no se debe a deficiencias orgánicas relacionadas con la emisión del habla, sino que se relaciona más con situaciones afectivas de integración e intercomunicación.

Precisamente, es interesante observar que el mutismo se presenta en gran proporción en niños tímidos o inclinados al aislamiento debido a excesos de susceptibilidad, en ocasiones por una marcada dependencia con respecto a la madre, lo cual se puede apreciar, por ejemplo, en los inicios de la vida escolar, en los jardines de infancia, donde, ante la necesidad del mayor contacto e interrelación con otros niños, algunos pequeños pueden reprimirse y abstenerse de participar.

Hay que aclarar que esta anomalía puede corregirse con frecuente diálogo con el niño y mucha práctica de lectura oral. También es necesario considerar que este trastorno suele estar vinculado con el ambiente escolar, ya que es preferentemente en la escuela donde los niños pueden no hablar, mientras que sí lo hacen con normalidad en sus casas.

Monras (1984) nos indica, entre otras, las siguientes características asociadas al mutismo electivo:

- Gran timidez, aislamiento y retraimiento social;
- Gran dependencia;
- Rechazo a la escuela;
- Conductas controladoras y oposicionistas en casa; y
- Rasgos compulsivos.

- i. **El audiomutismo.** Se relaciona con el mutismo electivo, porque el niño escucha normalmente los mensajes, pero no puede hablar, a veces debido a lesiones cerebrales, malformación de la boca o de otros órganos de fonación. También puede ser de dos clases: **parcial**, si el niño comprende lo que escucha, pero no puede hablar, y **total**, si el niño no entiende ni siquiera lo que escucha. Si la anomalía no se debe a causas o factores neurológicos, el tratamiento puede consistir haciendo que el niño pronuncie y comprenda las palabras, para lo cual es muy importante el ambiente familiar, que brinda afecto, tranquilidad y colaboración de la familia.

j. **La disfonía.** Consiste en la alteración de la voz en cualquiera de sus cualidades (intensidad, tono, timbre), y se debe a varias causas, como las siguientes:

- Un mal funcionamiento hormonal.
- Alteraciones orgánicas (en el caso de las disfonías orgánicas). Destacamos tres grupos: a) Congénitas, b) Inflamatorias (como consecuencia de resfriados, ingestiones de sustancias irritantes, etc.) y c) Traumáticas (causadas por heridas, gases, etc.)
- Incoordinación de los músculos respiratorios de la laringe y de las cavidades de resonancia que intervienen en el acto vocal (son las disfonías funcionales).

Por otro lado, también se reconocen dos tipos de factores que condicionan esta disfonía: físicos y psíquicos. Entre los primeros señalamos

- **Factores físicos.** Aquí se considera la audición, si la percepción acústica es deficiente, la emisión vocal puede alterarse, así como una mala técnica vocal, por ejemplo, tonos de voz excesivamente elevados: gritos, cantos escolares con sobreesfuerzo, etc.; respiración inadecuada; exceso de tensión muscular en cabeza y cuello, etc.
- **Factores psíquicos.** En este aspecto se destaca la influencia del carácter y de las emociones, que deben apoyar con el mayor equilibrio y estímulo en el ambiente en el cual se educa y desarrolla el niño.

Los abusos funcionales pueden generar alteraciones en la estructura del aparato vocal: las más habituales en los niños son los nódulos, los pólipos, la laringitis y la fonastenia.

Por otro lado, es importante conocer los síntomas de posibles disfonías más observables en el aula, entre los que se pueden señalar los siguientes:

- Manifestaciones reiteradas de los niños sobre molestias al tragar o al malestar, con sensación de tener algo en la garganta;
- Ronquera persistente;
- Voz de resfriado, donde no hay emisión correcta de M, N y Ñ;
- Escape de aire en exceso por la nariz, mientras se habla, con la consiguiente deformación en el timbre; no en la articulación propiamente de los fonemas bucales;
- Dificultad para emitir sonidos agudos o graves;
- Tendencia a la respiración bucal;
- Voz apagada y salida de aire al intentar hablar (común en la laringitis aguda);
- Fatiga progresiva al hablar con falta de coordinación entre la respiración y la fonación (se da habitualmente en las laringitis crónicas).

#### 4.3. ALTERACIONES Y TRASTORNOS DEL LENGUAJE QUE AFECTAN A LA EXPRESIÓN Y A LA COMPRENSIÓN

También en esta área se identifican varios casos de alteraciones y trastornos del lenguaje en los niños que alteran no solo su desarrollo normal, sino también su educación e incluso su actitud y comportamiento psicológicos. Según lo expuesto, identificamos los siguientes trastornos:

- a. **Retraso del lenguaje.** Es una alteración de tipo evolutivo, de desfase cronológico, que sigue las pautas habituales del desarrollo lingüístico. El niño no presenta otras problemáticas de tipo sensorial, motor o emocional. El lenguaje aparece más tarde de lo habitual y evoluciona lentamente. Normalmente es un retraso homogéneo en los aspectos fonológico, morfosintáctico y semántico. Entonces se trata de niños que realizan un gran número de simplificaciones fonológicas, su morfosintaxis es simple y su léxico, pobre. En general su expresión recuerda al habla de un niño más pequeño.

Algunos autores señalan la poca estimulación familiar y del entorno social o un bilingüismo mal integrado, como factores influyentes, pero la etiología es muy imprecisa. No es frecuente que este tipo de retardo pase inadvertido hasta que se comienza la escolaridad.

Es importante detectar a estos niños lo antes posible para que puedan iniciar los aprendizajes posteriores a la vez que sus compañeros, sin retrasos por falta de una base adecuada. De lo contrario, surgiría posiblemente un problema más grave, como el fracaso escolar.

Existen algunos elementos que deberían hacer sospechar la existencia de un retraso simple del lenguaje, tales como:

- Ausencia de jerga espontánea entre 1 y 2 años;
  - Aparición de las primeras palabras después de los 2 años y las primeras combinaciones de dos o tres palabras a los 3 años;
  - Persistencia de lenguaje ininteligible más allá de los 3 años y medio;
  - Vocabulario escaso;
  - Comprensión superior a expresión;
  - Posible convivencia de este retraso del lenguaje con un retraso psicomotor leve, dificultades de lateralización y de grafismo;
  - Escasa función lúdica del lenguaje; prioridad de la función instrumental.
  - Trastornos fonéticos y fonológicos;
  - Estructura sintáctica excesivamente simple a los 4 años.
- b. **Disfasia.** Este retraso severo del lenguaje afecta a la comprensión y, de forma más significativa, a la expresión. Cuando ambas están muy alteradas, se la suele denominar “disfasia mixta”. Es un trastorno serio de los mecanismos de adquisición

del lenguaje. En principio, se trata de una alteración de etiología diversa y mal conocida. El lenguaje aparece normalmente más tarde de lo habitual, a partir de los dos años y medio o tres años, y no sigue después unas pautas evolutivas. Presenta unos patrones alterados que afectan sobre todo a la fonología y a la morfosintaxis. Entonces, los niños, entre otros errores, realizan enlaces deficientes entre fonemas, con escasez de nexos de unión entre palabras y dificultades en la conjunción de los verbos, así como en la concordancia de género y número. El lenguaje es pobre, apoyándose a veces en formas aprendidas que son utilizadas para suplir las carencias.

Es difícil hacer un pronóstico, ya que, aunque en general, los niños responden positivamente al tratamiento si se inicia en la etapa preescolar, este es muy lento y hay que estar muy atentos a su evolución escolar porque es una problemática compleja.

Por otro lado, hay que considerar la existencia de tres **tipos de disfasia**:

- **Déficit fonológico-sintáctico.** Se presenta en niños con mejor comprensión que expresión, aunque también presentan dificultad para entender enunciados largos y complejos, ambiguos, fuera de contexto o expresados con cierta rapidez.
  - **Déficit léxico-sintáctico.** Las dificultades se producen principalmente en la evocación, ya que tienen grandes problemas para encontrar palabras. Les cuesta enormemente comprender frases enteras, no tanto palabras aisladas. En cuanto a la pronunciación, la expresión no está excesivamente alterada. La morfología está afectada. Es inmadura para la edad cronológica, y tienen dificultades para mantener un orden temporal en la frase.
  - **Déficit semántico-pragmático.** Los niños pueden poseer un lenguaje fluido y una adecuada pronunciación, con frases bien estructuradas sintácticamente. También el desarrollo inicial del lenguaje puede estar dentro de los límites normales; sin embargo, se advierte negativamente la falta de ajuste de los pequeños al entorno interactivo, es decir que están afectados en el uso del lenguaje. No hay que olvidar que los niños disfásicos tienen dificultades de comprensión de los enunciados verbales, suelen presentar ecolalias o perseveraciones, y también pueden utilizar frases hechas.
- c. **La afasia infantil congénita.** Es la patología más grave dentro de los trastornos de la adquisición del lenguaje. Esta problemática se conoce también *como audiomudez, sordera verbal no agnosia auditiva verbal*, aunque cada uno de estos cuadros pueda implicar diferentes matices dentro de la patología. Los niños con este diagnóstico revelan un lenguaje muy poco fluido y una articulación muy alterada. Producen solo unas cuantas palabras, pudiendo llegar a la ausencia del lenguaje oral. El niño no puede procesar la información que se le presenta por medio del canal auditivo, a pesar de tener la audición conservada, pero sí puede llegar a comprenderla si recibe la misma información visualmente.

En realidad, es difícil llegar al diagnóstico de esta alteración, cuya etiología no se conoce claramente. La única forma posible es ir descartando otras patologías, como

trastornos auditivos graves, deficiencia mental, alteraciones por lesiones cerebrales o trastorno de tipo psicótico. También hay que considerar que esta dificultad suele ir acompañada de alteraciones instrumentales y conductuales.

Los niños que siguen tratamiento un tratamiento logopédico pueden evolucionar hacia un cuadro de disfasia, pudiendo en ocasiones alcanzar un relativo dominio de la lengua, pues los progresos en el tratamiento son escasos. También hay que considerar que en los casos de afasias congénitas habrá que valorar la posibilidad de otras ayudas comunicativas no verbales como los gestos, la mímica o, si es necesario, los sistemas aumentativos o alternativos de comunicación.



# 5

## **EL PROBLEMA DE LA DISLALIA**

### **5.1. CONCEPTO**

Etimológicamente significa dificultad en el habla. Deriva del griego *dis*, dificultad, *lalein*, hablar, pudiendo definirse como los trastornos de la articulación en los sonidos del habla (pronunciación), donde no existe como base una entidad neurológica. El término dislalia no existió siempre. Por mucho tiempo se agrupaban los trastornos de la pronunciación bajo el nombre de *dislalia*, hasta que el suizo Schuller en los años 30 del siglo XIX fue quien comenzó a utilizar el término *dislalia* para diferenciarlo de la *alalia* (sin lenguaje).

Seguendo los lineamientos de Pascual García (2007), la dislalia es un trastorno en la articulación de los fonemas, bien por ausencia o alteración de algunos sonidos concretos o por la sustitución de éstos por otros de forma impropia. Se trata pues de una incapacidad para pronunciar o formar correctamente ciertos fonemas o grupos de fonemas. La dislalia puede afectar a cualquier consonante o vocal. El lenguaje de un niño dislábico, si su expresión se encuentra muy afectada al extenderse a muchos fonemas, puede llegar a hacerse ininteligible, por las distorsiones verbales que emplea continuamente. Entonces muchas veces es difícil comprender sus expresiones verbales.

### **5.2. CLASIFICACIÓN**

La dislalia puede ser motivada por distintas causas. Teniendo en cuenta de una forma genérica el origen de su producción, se hará la clasificación de las mismas. Hay que tener en cuenta que, al menos refiriéndose a algunos fonemas, no a todos, lo que en un idioma puede ser considerado como una articulación defectuosa, para otro no lo es. Pero en estos casos no se trata de dificultad, sino del contexto social del idioma de cada país, que puede determinar algunas formas características de articulación.

Atendiendo a sus causas podemos clasificar la dislalia de la siguiente manera:

- a. **Dislalia evolutiva**, corresponde a una fase del desarrollo del lenguaje infantil en la que el niño no es capaz de repetir por imitación las palabras que escucha, de formar los estereotipos acústico-articulatorios correctos. A causa de ello repite las palabras en forma incorrecta desde el punto de vista fonético. Dentro de una evolución normal en la maduración del niño, estas dificultades se van superando y solo si persisten más allá de los cuatro o cinco años, se pueden considerar como patológicas.
- b. **Dislalia funcional**. Es un defecto en el desarrollo de la articulación del lenguaje, por una función anómala de los órganos periféricos. Puede darse en cualquier fonema, pero lo más frecuente es la sustitución, omisión o deformación de la /r/, /k/, /l/, /s/, /z/ y /ch/. El fonema es el resultado final de la acción de la respiración, de la fonación y de la articulación. Pero en estos casos existe una incapacidad o dificultad funcional en cualquiera de estos aspectos que impide la perfecta articulación.

Para la denominación de los distintos errores que se dan en la dislalia, se utiliza una terminología derivada del nombre griego del fonema afectado, con la terminación “tismo” o “cismo”. Así, la articulación defectuosa de la /s/ se denomina *sigmatismo*, la de la /d/ *deltacismo*, etc. Cuando un fonema es sustituido se antepone “para”, como el *pararrotacismo*.

Los resultados estadísticos existentes demuestran que se da una mayor incidencia de dislalias en el sexo masculino que en el femenino.

Las causas de esta dislalia son muy variadas. En muchos casos, no es una sola la causa determinante, sino que la anormalidad se puede deber, por lo general, a una combinación de factores. En cualquier caso, la dislalia funcional nunca es producida por una lesión del sistema nervioso central, la cual ocasionaría otra serie de trastornos, sino que están presentes ciertos factores que impiden el desarrollo y normal evolución del lenguaje del niño. En muchos casos, habrá una interrelación de estos factores actuando sobre el sujeto, como los siguientes:

- Escasa habilidad motora de los órganos articulatorios;
- Dificultades en la percepción del espacio y el tiempo;
- Falta de comprensión o discriminación auditiva;
- Factores psicológicos (pueden ser causados por celos tras el nacimiento de algún hermano, la sobreprotección);
- Factores ambientales;
- Factores hereditarios;
- Deficiencia intelectual.

Los **síntomas** que aparecen en la *dislalia funcional*, son la omisión, sustitución o deformación de los fonemas. La expresión es, en general, fluida, aunque a veces por su forma se puede hacer ininteligible si aparecen afectados muchos fonemas.



Los niños que padecen este trastorno aparecen con frecuencia distraídos, desinteresados, tímidos o agresivos y con escaso rendimiento escolar. En muchas ocasiones el niño cree que habla bien, sin darse cuenta de sus propios errores, y en otras, aunque sea consciente de ellos, es incapaz por sí solo de superarlos, creando a veces este hecho situaciones traumatizantes que dificultan más la rehabilitación.

- c. **Dislalia audiógena.** Esta alteración en la articulación es producida por una audición defectuosa provocando la dificultad para reconocer y reproducir sonidos que ofrezcan entre sí una semejanza, al faltarle la capacidad de diferenciación auditiva. “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” (Perello, 1973).
- d. **Dislalia orgánica,** es el trastorno de la articulación motivada por alteraciones orgánicas. Estas alteraciones orgánicas pueden referirse a lesiones del sistema nervioso que afectan al lenguaje, en cuyo caso se denominan más propiamente *disartrias*.

Cuando la alteración afecta a los órganos del habla por anomalías anatómicas o malformaciones de los mismos, se tiende a llamarlas *disglosias*. La dislalia orgánica puede ser de dos tipos:

- **Disartria.** Recibe este nombre cuando el niño es incapaz de articular un fonema o grupo de fonemas debido a una lesión en las áreas encargadas del lenguaje. Pueden ser de origen muy variado dentro del trastorno neurológico, dándose igualmente desde el nacimiento o como consecuencia de enfermedad o accidente posterior que desencadena la lesión cerebral. Generalmente son graves y sus posibilidades de rehabilitación están relacionadas con la severidad de la lesión producida.
- **Disglosia.** La alteración afecta a los órganos del habla por anomalías anatómicas o malformaciones en los órganos del lenguaje son siempre causa de defectos de pronunciación. Sus causas están en las malformaciones congénitas en su mayor parte, pero también pueden ser ocasionadas por parálisis periféricas, traumatismos, trastornos del crecimiento, etc.

Estas alteraciones pueden estar localizadas en los labios, lengua, paladar óseo o blando, dientes, maxilares o fosas nasales, pero en cualquier caso impedirán al niño una articulación correcta de algunos fonemas.

### 5.3. TIPOS DE ERRORES EN LA DISLALIA FUNCIONAL

La dislalia no tiene una manifestación uniforme ni única, sino que muestra determinadas variantes específicas, como las que mostramos a continuación.

- a. **Sustitución.** Es el error de articulación en que un sonido es remplazado por otro. El niño se siente incapaz de pronunciar una articulación concreta y en su lugar emite otra que le resulta más fácil y asequible. También se da por la dificultad

en la percepción o en la discriminación auditiva y en este caso el niño percibe el fonema no de forma correcta, sino tal como él lo emite. Esta anomalía puede darse al principio, en medio o al final de la palabra; por ejemplo, frecuentemente el fonema /r/ es sustituido por /d/ o por /g/, diciendo “quiedo” y “pego” por “quiero” y “perro”. El sonido /s/ es sustituido por el /z/, diciendo “caza” por “casa”, y el fonema /k/ es reemplazado por el /t/, expresando “tama” por “cama”.

- b. **Omisión.** Es el error caracterizado por omitir el fonema que no se sabe pronunciar, sin ser sustituido por ningún otro, pudiéndose presentarse la omisión en cualquier lugar de la palabra. A veces se omite tan solo la consonante que no sabe pronunciar, y así dirá “apato” por “zapato”, o “caetera” por “carretera”; pero también suele omitir la sílaba completa que contiene dicha consonante, resultando “camelo” por “caramelo”, “lida” por “salida”.

Cuando se trata de sílabas dobles en las que hay que articular dos consonantes seguidas, la dificultad existe para la medial. En estos casos lo más general es omitirla, diciendo “paza” por “plaza”, “bazo” por “brazo”, “futa” por “fruta”, etc.

- c. **Inserción.** A veces la forma de afrontar un sonido que le resulta dificultoso al niño es intercalando junto a él otro sonido que no corresponde a esa palabra y, sin conseguir con ello salvar la dificultad, se convierte en un vicio de dicción. En lugar de “ratón” dirán “aratón”, o en lugar de “plato”, “palato”; sin embargo, este tipo de error es el que se suele presentar con menos frecuencia.
- d. **Distorsión.** Se entiende por sonido distorsionado aquel que se da en forma incorrecta o deformada, pero que tampoco es sustituido por otro fonema concreto, sino que su articulación se hace en forma aproximada a la correcta, pero sin llegar a serlo. Generalmente es debido a una imperfecta posición de los órganos de la articulación, a la forma de salida del aire, a la vibración o no vibración de las cuerdas vocales, etc.

La distorsión, junto con la sustitución, son los dos errores que con mayor frecuencia aparecen en las dislalias funcionales.

#### 5.4. INCIDENCIA RECÍPROCA ENTRE EL HABLA Y LA PERSONALIDAD

Según el reconocido especialista Bernaldo de Quiros, J. (1969) “el lenguaje es una capacidad compleja en la que intervienen múltiples factores, entre los cuales los de orden psicológico influyen en su desarrollo y ulterior desenvolvimiento. De aquí la interrelación mutua que existe entre el habla y la personalidad de un sujeto. Por esta interacción existente entre el lenguaje y el desarrollo de la personalidad, se constata que las perturbaciones psicoafectivas de la primera infancia dificultan la normal evolución del lenguaje, pero a la vez un trastorno del lenguaje frena la evolución afectiva y social del niño, inhibiéndolo en sus relaciones con los demás, influyendo, por tanto, en el desarrollo de su personalidad”.

- a. **Situación y aceptación familiar.** La familia es el ambiente afectivo donde el niño debe ir encontrando los estímulos y las respuestas para su maduración y desarrollo armónicos. Es ahí donde primeramente irá adquiriendo la necesidad y

la capacidad de comunicarse; pero a la vez, toda alteración en las interrelaciones familiares puede frenar el desarrollo psicoafectivo del niño, pudiendo aparecer trastornos del habla como un síntoma más de este desequilibrio. Aquí tendrán un papel decisivo la personalidad y conducta de los padres, sus relaciones entre sí y las del niño con los hermanos u otros miembros de la familia con los que conviva.

Ante esta realidad, es preciso una necesidad emocional de comunicarse, de apertura del niño a los otros, para que el lenguaje vaya desarrollándose, como bien afirma uno de los investigadores de esta problemática:

“Responden también a un mecanismo psicógeno y a motivaciones ambientales, aquellos casos en que, luego de haberse alcanzado un nivel lingüístico acorde con la edad, reaparecen en el lenguaje formas y modalidades expresivas propias de edades anteriores. El niño de 5 a 6 años vuelve a hablar como lo hacía a los 3, o como lo hace el hermanito menor, por quien se siente desplazado en el cariño y la atención de sus padres. Con la vuelta a un lenguaje más infantil pretende fortalecer sus vínculos afectivos y recuperar su primacía en el grupo familiar” (Azcoaga, 1971).

A veces sucede que, siendo las condiciones y la situación familiar de aparente estabilidad afectiva, al aparecer en el niño un trastorno del lenguaje motivado por otras causas, este hecho da lugar a reacciones familiares desajustadas, generalmente por falta de aceptación del problema. Como consecuencia, se siguen aptitudes de superprotección, de rechazo, que a veces pueden estar encubiertas por una protección excesiva o de ansiedad porque el niño supere su defecto. En realidad, todas estas reacciones no hacen sino rodear al niño de un ambiente que agrava su problema, en lugar de facilitar su rehabilitación.

- b. **Actitud del niño frente a su problema.** Aunque en muchos casos el niño no sabe en qué momento pronuncia mal, porque no discrimina el sonido correcto del incorrecto, aun así, él sabe que habla con defectos, que no habla igual que los demás niños. Ante esta situación, el niño puede tener una reacción de frustración, manifestándose en forma de agresividad o de retraimiento. Entonces, probablemente, el niño evitará todos los contactos y posibilidades de relacionarse con los demás, por temor a tener que hablar y no saberlo hacer con perfección.

Asimismo, el haber sufrido algún trauma o humillación por esta causa, puede determinar que el niño se vaya cerrando cada vez más y disminuyendo la confianza en sí mismo y en sus posibilidades de superación, con una inseguridad creciente.

- c. **Situación escolar.** Cuando el niño comienza su periodo de escolaridad presentando un defecto en la articulación de su lenguaje, este hecho supondrá, por lo general, una desventaja para su integración social en el grupo y para conseguir un rendimiento en proporción a su capacidad. Con frecuencia le dirán que habla mal y le humillarán, creando con ello nuevos traumas en el niño e inhibiciones que irán empeorando su situación. Si esta es muy traumatizante, también hará disminuir su rendimiento escolar. También el niño se puede manifestar como distraído, poco centrado, y a veces presentará otros trastornos en la lectura y la escritura por

las dificultades que tiene para la percepción, para la orientación espacial, para la discriminación auditiva, etc.

También se puede advertir que cuando los errores que comete el niño no son muchos, puede ocurrir que la familia no trate a veces de ponerle remedio hasta llegar a la edad escolar, en las que los trastornos se hacen más notorios en sus manifestaciones.

## 5.5. DIAGNÓSTICO DE LA DISLALIA FUNCIONAL

Es fundamental detectar en cada caso el punto o puntos de arranque de donde ha surgido el problema, los síntomas significativos, para que el tratamiento del mismo vaya dirigido a todos aquellos aspectos en los que existe un deterioro o déficit, con un enfoque pluridimensional, que corrija no solo el defecto, sino también la causa.

Según la situación expuesta, para conseguir cómo detectar las causas, es necesario comenzar por un diagnóstico completo, que abarque el análisis y estudio de la situación del niño en todos los aspectos. Por eso, las distintas partes o facetas son:

- a. **Anamnesis.** Es el primer paso orientador que se necesita para conocer la situación personal y familiar a través de los datos proporcionados por los padres. Recoge aspectos que sólo la familia puede dar, y es importante porque brinda datos referidos a la maduración general.
- b. **Articulación.** Se procede a realizar el examen de pronunciación en forma completa y sistemática. Entonces será necesario precisar la situación del fonema-problema, si es inicial, intermedia o final y a qué tipo de expresión está referida, si al lenguaje repetido, dirigido o espontáneo.
- c. **Inteligencia.** Se analiza el nivel intelectual, ya que un déficit en este aspecto puede ser la causa de su dificultad, pues podríamos estar ante un caso de deficiencia mental, en la que el trastorno de la palabra será un síntoma más como parte de un cuadro más complejo de toda una problemática de un niño deficiente.
- d. **Psicomotricidad.** La experiencia demuestra que la mayoría de los niños afectados tienen dificultades en su habilidad motora. Por eso se analizan las conductas motrices de base, por una parte; de la motricidad buco-facial, por otra, interesando conocer también la conducta respiratoria y la capacidad de relajación.
- e. **Percepción y orientación espacial.** Es importante conocer el estado de la organización perceptiva del niño y su orientación espacial, para determinar la maduración perceptiva de los niños, explorando la función visomotora, que está asociada a la capacidad del lenguaje. Es conveniente también estudiar las posibilidades que el niño tiene para orientarse en el espacio, habremos de ver si reconoce las coordenadas de derecha-izquierda y con qué seguridad y rapidez lo hace.
- f. **Percepción temporal y ritmo.** Es importante para estudiar y diagnosticar la capacidad que tiene el niño para percibir y discriminar distintos tiempos y ritmos que se le presenten y con ello conocer el estado de su estructuración temporal y rítmica.

- g. **Percepción y discriminación auditiva.** Para conocer qué grado de percepción y discriminación auditiva posee el niño, así como realizar el análisis de la discriminación fonemática. Finalmente, se debe observar la capacidad que el niño tiene para diferenciar unas palabras de otras, cuando tienen sonidos muy semejantes.
- h. **Personalidad.** Un trastorno de la personalidad del niño o un desajuste en su adaptación, puede ocasionar una alteración o detención en la normal evolución de su lenguaje.
- i. **Exámenes complementarios.** Solamente se realizarán en aquellos casos en que, a través del análisis descrito y de los datos que aporte la familia, se presuma la existencia de otros factores ajenos a los que constituyen la etiología de la dislalia funcional (por ejemplo, exámenes de carácter médico).

## 5.6. TRATAMIENTO

El enfoque *pluridimensional* del tratamiento está basado en que los trastornos del lenguaje, generalmente, no aparecen como manifestaciones aisladas, sino que forman parte de un conjunto de síntomas motivados por distintas causas, como consecuencia de las cuales aparece la dificultad de la expresión. Junto a la labor rehabilitadora de corrección de las articulaciones defectuosas, es preciso enfocar el tratamiento en un sentido más amplio, orientando la reeducación a todos aquellos aspectos que inciden en la expresión del lenguaje hablado.

Para lograr su total integración es necesario conseguir una maduración neurológica y psíquica completa. Es preciso, junto al tratamiento general encaminado a la ordenación y reeducación del lenguaje, llevar a cabo un tratamiento de psicoterapia, cuando esto se vea necesario, para así, con una labor conjunta y pluridimensional, lograr la rehabilitación e integración total de la persona.

Cuanto más temprano se inicie la reeducación y cuanto más pequeño sea el niño, el pronóstico será mucho más positivo. Es preciso no confundir una *dislalia funcional*, que ya tiene un carácter patológico, por una función anómala de los órganos periféricos, con una *dislalia de evolución*, que no es más que el defecto de articulación normal en la evolución del lenguaje. Pero si esta articulación defectuosa persiste pasados los cuatro o cinco años, ya puede tener carácter patológico y será conveniente comenzar lo antes posible con el tratamiento adecuado. Si no se atiende debidamente, el defecto se afianza, los órganos fonatorios pierden plasticidad y su corrección se hará cada vez más costosa. Por otra parte, dejar que persista la incorrecta pronunciación supone entorpecer el desarrollo psíquico del niño, con los consiguientes problemas que esto le puede traer y el retraso del proceso escolar.

La reeducación debe realizarse según ciertas condiciones:

- **Relación personal entre el reeducador y el niño.** Del carácter que tenga esta relación dependerá, en parte, el éxito de la rehabilitación.

- **Carácter progresivo de la reeducación.** Los estadios madurativos no pueden invertirse y el proceso de desarrollo se caracteriza por ser una construcción progresiva. Nunca se debe exigir al niño más de lo que en cada momento puede dar, situación que podría provocar su oposición o inhibición.
- **Utilización de técnicas fundamentales en principios pedagógicos.** Todos los ejercicios tienen una finalidad educativa y requieren una participación y esfuerzo por parte del niño o niña. Es necesario que se tenga muy en cuenta la edad del niño a la hora de programar un tratamiento.
- **Colaboración de los padres.** Se necesita como condición primordial la colaboración de los padres, a los que será preciso ayudar para que comprendan los problemas del niño y la forma en que ellos pueden contribuir a su superación.
- **Ambiente en que debe realizarse la reeducación.** Es conveniente que se en un lugar ventilado y poco ruidoso. Debe tener poca decoración, sin objetos que distraigan la atención del niño, pero que le puedan permitir un ambiente acogedor y familiar.

## 5.7. PROGRAMACIÓN DEL TRATAMIENTO

Frecuentemente se aborda el tratamiento de la dislalia funcional con dos estrategias de intervención: indirecta y directa.

- a. **Tratamiento indirecto.** Dirigido a las funciones que inciden en la expresión oral del lenguaje. Tiene por objeto conseguir la maduración de los órganos fonatorios, aunque, cuando hablamos de **dislalias funcionales**, su finalidad es ya más correctiva que preventiva y los ejercicios, aunque han de seguir siendo motivantes, tienen un componente menos lúdico.

Enumeramos a continuación una serie de ejercicios propios de la intervención indirecta; esto no quiere decir que debamos realizar todos o la mayoría de estos antes de iniciar la intervención directa, sino que seleccionaremos aquellos que guardan relación con la causa de la dislalia y los realizaremos como unos ejercicios más del tratamiento directo dentro de la misma sesión:

- Ejercicios de respiración.
- Ejercicios de relajación.
- Ejercicios de psicomotricidad.
- Ejercicios de percepción y orientación espacial.
- Ejercicios de percepción y orientación temporal.
- Ejercicios de ritmo.
- Ejercicios de percepción y discriminación auditiva.
- Ejercicios bucofaciales.

- b. **Tratamiento directo.** De la articulación y de su integración en el lenguaje espontáneo. El tratamiento se dirige a las funciones que inciden en la articulación del lenguaje y que de alguna forma se encuentran disminuidas o poco desarrolladas.

La intervención directa intenta la articulación del fonema-problema y la generalización de este en el lenguaje espontáneo. Continúa con ejercicios del tratamiento directo, pero incide fundamentalmente en el punto y modo de articulación.

Se sugiere “intervenir siempre directamente intentando la producción correcta del fonema. A veces basta con explicar al niño la posición correcta de los órganos articulatorios, la salida del aire fonador y la tensión necesaria en los labios y lengua para que, en pocas sesiones, se produzca el fonema correcto y pasemos al afianzamiento y la generalización; con ello hemos ahorrado un tiempo y un esfuerzo nada despreciable” (Pascual, P. (2007).

Enumeramos una serie de ejercicios que se deberían realizar:

- Ejercicios articulatorios.
- Utilización del ritmo como medio de automatización de la articulación correcta.
- Ejercicios de repetición.
- Ejercicios de expresión dirigida.
- Ejercicios de expresión espontánea.

c. **Orientaciones generales para la intervención directa**

- **Pluridimensional.** Esta ha de tener un doble sentido: por una parte, hemos de tener en cuenta no solo el problema de pronunciación, sino el lenguaje en su conjunto y al niño en su totalidad; y por otra, hemos de partir siempre de la colaboración con el resto de los profesionales que inciden en la educación del niño.
- **Conveniencia del tratamiento precoz.** Progresivamente los órganos articulatorios van perdiendo plasticidad. Es más fácil corregir un rotacismo a los 6-7 años que a los 10 o 12; además, la persistencia del problema articulatorio puede crear problemas de baja autoestima en el niño.
- **Importancia de la colaboración de los padres.** Si les explicamos en forma clara y sencilla lo que pueden hacer y si además participan en alguna sesión de reeducación, tendremos en ellos un apoyo muy importante sobre todo a la hora de afianzar la articulación del fonema corregido.
- **Partir de una buena evaluación (exploración).** Esto nos permitirá seleccionar los ejercicios adecuados. Carece de sentido dedicar tiempo a hacer discriminación auditiva si el niño no tiene problemas en este campo o hacer ejercicios de labios, mandíbula etc. si no presenta problemas en la motricidad de esos órganos.

- **Un programa de trabajo:** Número de sesiones, duración de las mismas, ejercicios que vamos a realizar, materiales a utilizar, etc.
- **Explicarle al niño en qué consiste el problema,** lo que vamos a hacer, así como el objetivo de cada ejercicio. Aunque tenga poca edad, si utilizamos el lenguaje adecuado, nos entenderá y su colaboración será mejor.
- **Hacer una autoevaluación constante.** Esto nos permitirá suprimir o variar ejercicios en función de los resultados.
- **Intercambiar ejercicios.** No debemos hacer monótona la sesión; si es necesario, introducir alguna actividad lúdica.
- **Si utilizamos algún aparato,** familiarizar primero al niño con él. En este sentido es aconsejable dejarle el logofón para que juegue con él antes de empezar a utilizarlo.
- **Buscar la colaboración del niño.** Nada ayudará tanto a la superación del problema como despertar el interés del niño, no solo en cada sesión, sino también fuera de la misma. Es importante que siga practicando él solo, como si fuera un juego, alguno de los ejercicios que hemos realizado en la sesión.
- **Importancia de la empatía y refuerzo positivo.** Resaltar los avances, minimizar las dificultades.
- **Si no obtenemos los resultados deseados buscar información.** En este sentido, la bibliográfica sobre el tema o consultar con otro profesional, nos puede ayudar a mejorar los resultados.

d. **Algunos materiales**

Espacio físico adecuado, una colchoneta, espejo, depresores, magnetófono, materiales para trabajar: soplo, ritmo, discriminación auditiva, motricidad labial y lingual; libros de imágenes, libros de cuentos, algunos juguetes, alguna bibliografía.

Aunque no tan necesarios como los anteriores, también son convenientes: logofón, espirómetro, ordenador con algunos programas y espejo de Glatzel.

e. **Estrategias a seguir en el tratamiento de cada dislalia**

- En función de la evaluación, seleccionar los ejercicios del tratamiento indirecto: labios, lengua, paladar, soplo, respiración, discriminación auditiva, etc. adaptado al caso.
- Indicar en una lámina y en el espejo el punto y modo de articulación.
- Seleccionar las estrategias concretas de corrección. Para cada problema de pronunciación hay algunas pautas concretas que es fundamental conocer y seleccionar a la hora del tratamiento.
- Buscar sensaciones propioceptivas.



- Una vez conseguido el fonema articularlo progresivamente en sílabas, palabras y frases.
- Lectura en voz alta.
- Lenguaje espontáneo.

Pese a lo anterior, deberemos interrumpir el tratamiento directo y centrarnos sólo en el indirecto cuando:

- El niño parece muy ansioso por el problema del habla.
- El trastorno del habla es muy amplio.
- El niño comienza a tartamudear.



# 6

## **EL PROBLEMA DE LA DISFEMIA**

La disfemia constituye “una disfluencia o dificultad en el flujo normal del habla. Ocasiona repeticiones de sílabas o palabras o paros espasmódicos que interrumpen la fluidez verbal”, (Serón y Aguilar, 1992). A las alteraciones del habla se le suman, generalmente, manifestaciones de tensión muscular, como movimientos de manos, cierre de ojos, gesticulación facial y movimientos corporales. Suele aparecer a edad temprana (el 88% de ellas se presenta antes de los 7 años) y es más común en los hombres.

Según Juan E. Azcoaga (1981: 130 y 131), “la tartamudez es el más conocido, llamativo y temido trastorno funcional de la palabra. Consiste en una alteración del ritmo de la emisión oral que quita fluidez, cadencia y limpieza a la dicción. El habla se hace vacilante, entrecortada e interrumpida por repeticiones y persistencias de sonidos o fonemas que, agregados a un sinnúmero de gestos mímicos y movimientos asociados, conforman el cuadro tan característicos de la tartamudez”.

El mismo especialista explica que “debe hacerse la distinción entre tartamudeo, farfuleo o tartajeo y habla entrecortada. El pensamiento del farfullador se expresa correctamente mediante la palabra, sólo que con excesiva rapidez y falta de fluidez, y con ello hace entrechocarse las palabras haciéndolas difícil de captar o irreconocibles”.

Se trata de una de las perturbaciones más comunes en la infancia; sin embargo, no están bien determinadas sus causas; pero parece que no se debe a factores orgánicos, sino síquicos, por lo que su tratamiento sería más bien sicoterapéutico y educacional. El profesor Sixto Cahahuaringa dice al respecto en su “Didáctica del lenguaje” (1997: 37 a 39): “La tartamudez no es un defecto de nacimiento, sino que se adquiere durante el desarrollo de la personalidad y, atendida a tiempo, es fácil de corregir. En cambio, en la edad adulta su persistencia acarreará al afectado fobias y complejos de inferioridad, que le impedirán su normal desarrollo social”.

Por tratarse de una de las anomalías más graves, acerca de cuya naturaleza y tratamiento existe mucha ignorancia, con serias repercusiones en el ambiente familiar, social y educativo, vamos a referirnos a ella con cierto detenimiento, especialmente en los mecanismos y cuidados de su tratamiento con cierta exhaustividad. Para el efecto, seguimos a destacados especialistas en la materia, especialmente al reconocido médico e investigador argentino Julio Bernaldo de Quirós, quien, en su importante libro “El lenguaje lectoescrito y sus problemas” (1997: 238 a 241), afirma que la edad más indicada para la “curación” es hasta los cinco años, periodo que coincide con el mayor número de comienzos del mal; con la etapa de mayor egocentrismo, por lo que los amiguitos de la víctima no le harán muchas bromas; y con el ambiente principalmente familiar, que permite un clima favorable para el tratamiento. En este sentido, sus aportes son fundamentales para los padres, los maestros y los especialistas respectivos de la ciencia médica.

## 6.1. CAUSAS

Se han desarrollado tres modelos que buscan explicar las causas de la tartamudez. Ellos son los siguientes. Dichos modelos son los siguientes:

- a. **Modelo de los factores fisiológicos.** Las investigaciones en gemelos univitelinos han demostrado una predisposición genética a tartamudear, aunque no en todos los casos. Otros estudios han demostrado un tiempo de iniciación (VOT) superior en los niños normales, así como reacciones más lentas en el ámbito manual y vocal.
- b. **Modelo psicosocial.** El inicio de la tartamudez, según Salgado R. (2005), estaría dado por las reacciones estresantes de la familia ante las no fluencias o expresiones normales del niño. Además, el niño intenta resolver sus afluencias a través de variadas acciones, las cuales son reforzadas mediante *condicionamiento operante*, lo que explicaría el origen de los variados signos de tensión física en la víctima de la tartamudez.
- c. **Modelo psicolingüístico.** Las investigaciones han estimado que el lenguaje del disfémico a nivel comprensivo y del vocabulario conlleva un retraso aproximado de 6 meses. Además, quienes presentan este trastorno repiten más las conjunciones y los pronombres, así como con mayor frecuencia al inicio de las frases, etc. Junto a esto, es interesante la relación existente entre el habla del niño y la no aceptación de esta por parte de la madre, reflejada en una mayor interrupción del discurso del niño.

## 6.2. TIPOLOGÍA

- a. **De acuerdo al lugar donde se produce la dificultad en la articulación:**
  - **Disfemia tónica:** el atasco en la fluencia se produce al inicio del habla.
  - **Disfemia clónica:** el titubeo se produce en la palabra, una vez que se ha empezado a hablar.
  - **Disfemia tónica-clónica:** es una combinación de las dos anteriores.

#### b. De acuerdo a la severidad

- **Ligero:** Tartamudez en el 2% de las palabras, tensión imperceptible, pocos bloqueos y no mayores de un segundo de duración.
- **Suave:** Repite de 2-5% de las palabras, tensión perceptible, presenta varios bloqueos de duración menor a un segundo.
- **Regular:** Repite de 5-8% de las palabras, alguna tensión, bloqueos regulares de un segundo. Manifiesta algunos movimientos asociados y mímica facial.
- **Moderadamente severo:** Tartamudeo del 8-12% de las palabras. Tensión perceptible, bloqueo de dos segundos.
- **Severo:** Tartamudea entre el 12-25% de las palabras, tensión notable, bloqueo de 3 y 4 segundos. Manifiesta movimientos asociados.
- **Grave:** Repite el 25% de las palabras, mucha tensión, bloqueos más largos de 4 segundos. Manifiesta muchos movimientos asociados y mímica.

### 6.3. PRONÓSTICO

El investigador Schwartz, M. (1983) es bastante directo en cuanto a los resultados del tratamiento, pues afirma rotundamente que la *Disfemia* no se cura jamás, pero se compensa. El niño, o la víctima, en general, se acostumbra a ella y aprende a disimularla. A veces, por una técnica precisa y automática aprende a disfrazarla, como si no existiera. Pero de verdad, en su pensamiento, como en otras manifestaciones motrices, un disfémico siempre queda disfémico. Según lo expuesto, en realidad, el tratamiento se dirige a corregir el síntoma y no la enfermedad. Por eso, hacer un pronóstico es difícil aun para un especialista. Depende de la personalidad del terapeuta, es decir, de su influencia sugestiva sobre el paciente.

En los niños neurópatas con herencia cargada el pronóstico es menos favorable, pues son frecuentes las recidivas.

Entre las posibles alternativas educativas para enfrentar esta anomalía, la lectura mejora a los disfémicos anártricos, porque impone un ritmo respiratorio, fonatorio y articulatorio preciso y disciplinado. La disfemia que mejora con el ensordecimiento tiene un mejor pronóstico que los otros tipos, pues es de origen bulbar y, por lo tanto, es más fácil que los dos niveles superiores ejerzan su influencia moderadora. En cambio, la disfemia de origen diencefálico solo tiene una etapa neurológica por encima, y la disfemia cortical, ninguna.

La *disfemia traumática* tiene un mejor pronóstico, pues en general se somete al tratamiento inmediatamente y, por lo tanto, se corrigen antes que se presente el desarrollo de la personalidad neurótica.

#### **6.4. ORIENTACIONES SOBRE EL LENGUAJE DEL NIÑO**

Según lo expuesto al comienzo de este tema, en el presente, como en los siguientes puntos, seguimos al mencionado especialista Julio Bernaldo de Quirós.

- a. Se debe evitar llamar la atención al niño por su forma de hablar, pues está en plena etapa de desarrollo biológico y psicológico, en este caso, caracterizado por el egocentrismo;
- b. Escuchar con paciencia al niño cuando habla, sin manifestar curiosidad, ansiedad o expectativa por las palabras que pronuncia;
- c. Procurar formarle imágenes acústicas agradables cuando habla; por ejemplo, si al referirse a la pelota tartamudea con la “pe”, se puede comentarle de la manera más natural: “¿Así que Carlitos cogió la pelota?”, etc.;
- d. Cuando el niño está atravesando por periodos de relativa tranquilidad, es decir, de habla normal, la madre debe hablarle lo más que pueda;
- e. Si el niño tartamudea mucho, hay que estimularlo para que realice tareas manuales, así como ensayar canciones sencillas.

#### **6.5. ACTITUDES PARA LA RECUPERACIÓN DE LA CONFIANZA DEL NIÑO EN SÍ MISMO**

La tartamudez puede generar con frecuencia complejos de inferioridad no solo en cuanto al uso del lenguaje, sino en los diversos aspectos de la vida, como la socialización o formación de grupos de trabajo, práctica de juegos deportivos, etc. Por eso, se aconseja adoptar las siguientes acciones:

- a. Disminuir las observaciones, correcciones, reprensiones o castigos por determinadas malas conductas, salvo las estrictamente indispensables; pero tampoco hay que caer en la sobreprotección;
- b. Prevenir los celos hacia uno de los hermanitos; procurar que las relaciones entre los miembros de la familia se desarrollen en un ambiente de armonía y comprensión;
- c. Dejar que el niño haga lo que le gusta si ello no altera las condiciones de orden; por ejemplo, que primero coma tal o cual alimento, o que se ponga determinado vestido; igual actitud se debe asumir con las llamadas “malas costumbres”, como por ejemplo sentarse mal, meterse los dedos en la nariz, interrumpir las conversaciones de los demás, etc., que naturalmente, deben corregirse, pero en su momento y con las maneras adecuadas, no cuando se trata precisamente de restablecer la confianza en sí mismo.
- d. Elogiar y felicitar al niño por algún desempeño destacable en el fútbol, dibujo, canto, etc.; incluso compartir este éxito con los demás familiares y amistades, para que el niño descubra que también es capaz de realizar actividades o desempeños superiores y extraordinarios; es decir, fuera de lo común.

- e. No provocar cambios bruscos en la vida del niño, como presionar o exigir para que ingrese a su centro educativo. Mejor dicho, si se muestra contento y predispuesto para ir a la escuela, hay que apoyarlo; pero de lo contrario, no exigirlo ni obligarlo, al menos por el momento si es que cierto día no quiere asistir a clases.
- f. Evitar la participación del niño en grandes fiestas o acontecimientos infantiles, como en los concursos de canto o baile, por la presencia y participación de niños de diferentes edades, poco controlables por los adultos.
- g. Preferir pequeñas reuniones familiares, o de grupos pequeños, donde el control es más directo y el niño se muestra con mayor confianza y libertad para participar.
- h. Salir de paseos o excursiones a lugares tranquilos, sin tumultos, agitaciones ni aglomeraciones, a fin de evitar las agitaciones emotivas, las emociones intensas, la inseguridad. Preferir el campo, el río, el parque, un lago, la sierra, etc.

## **6.6. ORIENTACIONES RELACIONADAS CON LA ESTABILIDAD EMOCIONAL**

Señalamos a continuación una serie de recomendaciones que deben considerar tanto los padres y familiares que conviven con el niño.

- a. Los padres deben evitar discutir o pelear delante del niño.
- b. Evitar la interferencia de “terceros” (abuelos, tíos) delante del niño con respecto a su educación o conducta.
- c. Respetar y seguir la opinión o disposición del padre; en caso la esposa no esté de acuerdo, la discusión o conversación se hará en otro momento, a solas, sin la presencia del niño.
- d. Si el padre está ausente o fuera del hogar, la madre adoptará las acciones durante la ausencia de aquel. Cuando la pareja de padres no está de acuerdo en algún punto, su desacuerdo debe manifestarlo en conversaciones aparte, a solas.
- e. Evitar castigos “activos”, como: pegar, pellizcar, jalar los pelos o la oreja, etc.; en todo caso, adoptar castigos “pasivos”, como: limitar el uso de ciertos juguetes, no ver televisión, no consumir ciertas golosinas, etc.
- f. Una vez que se adopta cierta medida o castigo, evitar modificarlo; sin embargo, más tarde hay que procurar que el niño haya entendido la razón o los motivos por los que se adoptó tal o cual medida.
- g. Las madres deben saber que sus propias emociones se transmiten mucho más fácilmente a los niños, que las de cualquier otra persona. Por eso su participación es muy importante para mantener o no alterar los estados emotivos, especialmente en los momentos o circunstancias conflictivas o tensas.
- h. Ante situaciones sorprendidas o inesperadas, procurar evitar los comentarios o suposiciones exageradas, pues con ellas se puede estimular estéril e inútilmente la imaginación o expectativa del niño.

- i. Ordenar la vida del niño de manera regular, procurando, por ejemplo, que los horarios y actos sean respetados por toda la familia; por ejemplo, el arreglo de la cama al levantarse, el orden en los alimentos, el saludo cotidiano, etc.
- j. Procurar el contacto con la naturaleza y con otros niños de su edad.
- k. Evitar la acumulación de actos y tareas rutinarias, que pueden suscitar ansiedad y emoción por su realización y cumplimiento; por ejemplo, realizar las tareas de dos asignaturas al mismo tiempo o para la misma fecha.

## 6.7. ACTITUD DEL PROFESOR

También en el tratamiento de esta seria anomalía es muy importante la actitud del profesor o de la maestra, quienes debe tener la correspondiente preparación teórica y cognoscitiva, a fin de que su desempeño, lejos del empirismo, tenga el respectivo sustento teórico y científico. Desde este punto de vista el desempeño pedagógico resulta basado en una sólida y consistente preparación. Pero como la tarea no debe asumirse solo en el ambiente escolar, es muy necesaria la participación preparada de la familia, especialmente de los padres.

Entonces, cuando el niño que sufre esta anomalía del lenguaje inicia los estudios escolares, especialmente correspondientes a la primaria, se enfrenta a una situación desafortunada para el tratamiento de la afección. Por eso es necesario que los padres adopten medidas especiales antes del ingreso y durante la asistencia del niño a la escuela, así como en las relaciones con los profesores. El denominador común debe ser un ambiente de completa tranquilidad y afectividad; por eso, tal vez en situaciones muy extremas, cuando no hay un ambiente de comprensión, tal vez podría cambiarse al niño de escuela; muchas veces los profesores carecen de la debida preparación, por ejemplo, en el área de psicología infantil y juvenil del desarrollo, por lo cual no siempre pueden adoptar las actitudes más adecuadas y recomendables.

Teniendo en cuenta esta realidad, el mismo Bernaldo de Quirós formula un conjunto de observaciones y recomendaciones, especialmente para el profesor de nivel primario y que, en general, pueden consistir en las siguientes. En esta tarea se incluye a los profesores de secundaria e investigadores en el campo del lenguaje. Entonces, siguiendo al mencionado investigador, se citan las siguientes actitudes y comportamientos:

- a. **No corregir al niño cuando habla mal;** pero si preguntara sobre su problema, explicarle la situación procurando no producirle sentimientos de inferioridad, haciéndole ver que toda persona tiene defectos, incluso los propios profesores, pero que, junto a tales defectos, tiene también cualidades positivas y virtudes que permiten a la persona conseguir lo que se propone. Hay que escuchar al niño con paciencia cuando habla, sin observaciones ni cuestionamientos sobre su habla, salvo cuando pregunte por su afección.
- b. **Si el maestro se enfrenta a situaciones catastróficas,** por ejemplo la burla de los compañeros del niño, puede asumir estas actitudes: dialogar con el niño, haciéndole ver las actitudes positivas que es capaz de realizar; hablar con sus



compañeros –en ausencia del niño- para solicitarles su comprensión, insistiendo en que todas las personas tenemos defectos, como los ejemplos lo comprueban a diario; dialogar con los maestros de los demás grados si son alumnos de esos niveles quienes se burlan; inclusive corregir enérgicamente a algunos “cabecillas” que se acerquen con fines de liderazgo. En esta situación debe limitarse las relaciones del niño a su mismo grupo.

- c. **Evaluar los exámenes del niño en forma escrita**, en la pizarra o en su prueba personal. Evitar tomarle exámenes orales, sobre todo delante de sus compañeros; sin embargo, como hay períodos de habla “normal”, puede tomarse la lección en tal circunstancia, pero cuidando que la experiencia sea positiva. Por ejemplo, ante la seguridad de que el niño ha comprendido una explicación previa, hacérsela repetir delante de sus compañeros. Asimismo, el profesor debe saber que el niño puede cantar y algunas veces, incluso recitar sin ningún problema.
- d. **Brindar un trato afectuoso, comprensible**, pero sin que la “preferencia” sea notoria para los demás alumnos, porque podría suscitarse un ambiente de celos con resultados contraproducentes. En el ánimo del niño que padece la anomalía respectiva debe quedar en claro que el maestro lo quiere, comprende y apoya; pero que también lo trata de la misma manera que a los demás, por lo que debe exigirle también el cumplimiento de sus tareas y obligaciones.
- e. **Cuando el profesor asuma las “correcciones” sobre los errores de sus alumnos**, por ejemplo en materia de ortografía, debe limitar sus observaciones a lo estrictamente necesario, sin exagerar elogios o censuras en forma extrema. Debe señalar los aspectos positivos, tanto del niño tartamudo como del resto de la sección, con lo cual puede estar propiciando las condiciones para que el niño compense su deficiencia con realizaciones positivas.
- f. **Evitar que el niño utilice su anomalía** como pretexto para no estudiar o no rendir suficientemente en los exámenes. En este caso, puede hablar detenidamente con él fuera de clase, con franqueza, claridad y siempre con mucho afecto, que no tiene ningún motivo para eludir su responsabilidad en el estudio o realización de las tareas, pues no se le puede ni debe permitir este tipo de excusas.
- g. **Mantenerse en contacto con los padres del niño**, así como con el médico, psicólogo u otros profesionales relacionados con el tratamiento del niño. Sus observaciones pueden ser muy importante y decisivas para el tratamiento y recuperación del niño.
- h. **Controlar y verificar el comportamiento anímico de la sección a la que pertenece** el niño, el manejo adecuado de esta situación puede evitar al maestro situaciones de tensión entre los niños, así como de nerviosismo exagerado; también se recomienda adecuar el comportamiento del niño a las pautas y normas de conducta del conjunto de niños de la sección a la que pertenece.

## 6.8. LA LECTURA ORAL EN EL TRATAMIENTO DE LA TARTAMUDEZ

Asimismo, otro distinguido investigador y especialista, como Schartz, M. de gran experiencia en el tratamiento de la respectiva anomalía, en su libro “Solución al tartamudeo”, al observar que los niños tartamudos no manifiestan su anomalía cuando leen “en coro” o en voz alta, propone el siguiente tratamiento pedagógico y metodológico:

- a. El primer día de clase de la semana, los niños leen al unísono un texto sencillo en grupos de cinco alumnos; el martes lee el mismo texto en grupo de cuatro alumnos; el miércoles, con tres; el jueves, con dos; y el viernes. Además, la experiencia debe realizarse también con los demás alumnos integrados en sus respectivos grupos, a fin de que no se observe que la experiencia está dirigida al grupo al que pertenece el niño con el respectivo mal. Es probable que el éxito se manifieste de manera evidente debido a la que la lectura del mismo texto produce cada vez menos dificultades. Naturalmente la metodología dirigida no la debe conocer el niño; pero si se da cuenta del “éxito” de su desempeño, le producirá menos tensión y mayor seguridad.
- b. En la segunda semana se le pide al niño que lea siempre en coro, pero con un compañero diferente cada día y con un texto también distinto. Sin embargo, si se nota dificultades en la lectura, se puede incrementar el número de alumnos en el grupo con uno o dos lectores más. A medida que se alcanzando mayor fluidez, se vuelve a reducir el grupo eliminando un niño cada vez.
- c. En la tercera semana, al observar que el niño puede leer con cierta regularidad con otro compañero, puede ser recomendable quitarle la situación de leer en coro. Entonces, el acompañante se va retirando cada día más y más del niño tartamudo, hasta que al finalizar la semana los dos niños pueden estar hablando en un tono aparentemente normal o casi normal.
- d. En la cuarta semana, el lector acompañante intenta bajar el tono de su voz todos los días, hasta que finalmente, para el último día de la semana, está hablando en un tono que apenas es perceptible.
- e. En la quinta semana, el lector acompañante, todavía hablando suavemente, empieza a omitir algunas palabras mientras lee, omitiendo más y más conforme avanza la semana.
- f. En la sexta semana, la sola presencia del lector acompañante puede ser suficiente para lograr una lectura fluida del niño con la anomalía. Ocasionalmente, se puede leer la primera palabra de una oración en coro, como apoyo, especialmente la primera palabra del texto.

Sin embargo, caben dos advertencias: primera, que después de la primera semana se debe leer un pasaje nuevo cada día; segunda, que la lectura debe realizarse con un ritmo lento, especialmente al comienzo de cada oración. Por eso el maestro debe cuidar que el acompañante reúna esta característica. En todo caso, se recomienda que el promedio debe ser de unas ochenta palabras por minuto.

Otra advertencia: esta técnica puede dar resultados con tartamudos leves, pues en los casos graves debe complementarse como parte del tratamiento terapéutico especializado. También hay que tener cuidado que antes de leer oralmente se debe jalar aire, el cual se va expulsando lentamente, al mismo tiempo que se va pronunciando la primera sílaba con una pausa marcada. La aplicación sobre el proceso de expulsión paulatina de la corriente de aire es válida para todo acto de habla oral.

Por último, si el niño está sometido a un tratamiento terapéutico especializado, el profesor debe coordinar acciones con el profesional médico respectivo.



# 7

## **EL PROBLEMA DE LA DISLEXIA**

Es un trastorno que se manifiesta como una dificultad para leer pese a tener la capacidad intelectual normal. “Las dificultades consisten en no distinguir ni memorizar letras o grupos de letras, falta de orden y ritmo en la colocación, mala estructuración de frases, etcétera, lo cual se hace evidente tanto en la lectura como en la escritura”, como afirma el mencionado Bernaldo (1997: 238 a 241).

Parece que el origen es de carácter afectivo y se manifiesta con mayor claridad entre los seis y nueve años, aunque es probable que la deficiencia se presente a los cuatro años. Por la intervención de los factores afectivos se explicaría la inestabilidad, indisciplina y “mala” conducta que presentan los niños en la escuela como manifestaciones conexas y que repercuten indudablemente en la dificultad o incapacidad para asimilar el aprendizaje de las asignaturas con el mismo ritmo de los demás alumnos.

Entre otras características de implicancias escolares, hay que destacar que el niño disléxico rápidamente se cansa, por lo que no puede mantener una atención muy prolongada. Entonces no manifiesta mucho interés por la lectura y la escritura, que le parecen áridas y sin atractivo, con lo cual su rendimiento escolar resulta bajo. Como resultado, puede ser marginado del resto de la sección o retrasado en su rendimiento; incluso la familia puede tener un concepto poco valorativo y considerarlo como desordenado, desatento, incumplido y malcriado, todo lo cual agrava el problema, aún más si se considera que, en su seguridad, muchas veces se manifiesta vanidoso y terco.

También en este como en los demás casos se requiere una óptima preparación del profesor, cuyo desempeño no puede limitarse al desarrollo normal o correcto de las clases, sino que requiere conocer la composición, carácter y comportamiento de sus alumnos.

Por otro lado, debe tenerse en cuenta que la dislexia presenta varias manifestaciones en el desempeño del estudiante en el empleo del lenguaje, por lo que aquí presentamos algunas formas frecuentes.

### 7.1. ERRORES FRECUENTES EN LA LECTOESCRITURA

En un meditado artículo, también el especialista Baltazar de los Santos Álvarez consigna una serie de errores que se presentan con mayor frecuencia y cuyo conocimiento puede permitir tanto al profesor como a los padres a reconocer un niño disléxico de los demás.

- a. Errores en la separación de palabras; por ejemplo, el niño puede escribir “mima pa”, en vez de “mi mapa”.
- b. Confusión de letras de simetría opuesta: “d” por “b”; “p” por “q”; “n” por “u”. O también puede presentarse cierta semejanza formal entre las letras: “n” y “m”, “u” y “v”.
- c. Alteraciones en la secuencia de letras de sílabas y palabras:
  - Omisión de letras: “pato” por “plato”.
  - Inversión en el orden de las letras: “le” por “el”; “sol” por “los”.
  - Inclusión de letras: “teres” por “tres”; “cuatro” por “cuatro”.
  - Alteraciones en el orden de las letras y sílabas de las palabras: “noma” por “mano”; “cocholate” por “chocolate”-
  - Confusión entre “ll” y “y”.
  - Falta de reconocimiento entre “r” y “rr”.
  - Mal uso de diéresis, acento y mayúsculas.
- d. Confusión de las letras parecidas en su punto de articulación: “ch”, “ll” (“y”) y “ñ”.
- e. Confusión en la pronunciación de letras parecidas por su sonido (niños con deficiencias auditivas): “p” por “c” (sonidos fuertes: “conecto” por “concepto”, o “c” por “t” (sonidos oclusivos). También puede presentarse confusión entre letras de pronunciación o fonética semejante: “v”, “c” y “g” fuertes, que puede sustituirse entre sí.
- f. Confusión de palabras parecidas u opuestas en su significado (sustituciones semánticas); por ejemplo, cuando escriben o leen: “suelo” por “piso”, “blanco” por “negro”, “hombre” por “señor”, etc.
- g. Falta de rapidez al leer. Se presenta una gran variedad de irregularidades, desde la lectura mecánica, mal modulada y sin ritmo, incluyendo la dificultad para leer palabras largas o raras, hasta la lectura silábica, deletreando, con particular repercusión en la falta de comprensión del texto.
- h. Dificultad en la escritura de las letras o *disgrafía* (o *digrafía*). Entonces el niño puede recordar las letras al leerlas, pero no cómo se trazan o escriben.

- i. Fallas en la construcción gramatical, sobre todo en la redacción espontánea, o bien, una redacción pueril, ingenua, muy elemental para su edad y grado o año de estudios.

Estas dificultades tienden a “superarlas” el niño procurando no exhibir sus limitaciones. Entonces al leer, incorpora palabras imaginarias semejantes a las del texto. El resultado es una lectura ininteligible, reforzada por la impresión de cierta velocidad a la lectura, que no permite reparar en los significados.

El mismo autor concluye que estas anomalías en la lectura y la escritura se asocian a deficiencias perceptivo-motrices, que es algo natural y transitorio en el niño normal durante el proceso de evolución y crecimiento; pero que en el niño disléxico perdura más de lo usual. Asimismo, que el retardo pedagógico es de 2 o más años con respecto a su edad mental; que las deficiencias más evidentes pueden ser defectos ortográficos, digrafía y redacción irregular; asimismo, que con el tratamiento pedagógico especial lo que se logra es llevar y sostener el nivel de lecto-escritura del niño disléxico al grado escolar que cursa.

Por otro lado, el mencionado investigador Juan Azcoaga, en su artículo “¿Qué es la dislexia escolar?” (2008) consigna otros caracteres, como los siguientes:

- Omisión de sílabas iniciales o más frecuentemente, finales.
- Omisión de palabras cortas al comienzo o más comúnmente, al final del renglón.
- Dificultad para pasar de un renglón a otro. En este caso, se repite el mismo renglón, o se saltea uno y hasta dos renglones al leer.
- Omisión de letras (o sílabas) dentro de las palabras; por ejemplo: “tébol” por “trébol”.

En síntesis, las dificultades de la lectura consisten en omisiones, inversiones, sustituciones de letras, sílabas, palabras o renglones.

## **7.2. TIPOS DE DISLEXIA**

Otro aspecto importante que se debe tener en cuenta se relaciona con el reconocimiento de las clases de dislexia, porque esta anomalía no se manifiesta de la misma manera. De esta manera, las clases más frecuentes son las siguientes:

- a. Problemas de organización viso-espacial, que proliferan de diferentes trastornos de la psicomotricidad.
- b. Problemas de integración de los símbolos visuales con los símbolos fonéticos del lenguaje.
- c. Las dificultades de la comunicación social e intelectual que resultan del retraso general del lenguaje.

### 7.3. FACTORES QUE LA PRODUCEN

- a. Mala laterización (niños zurdos o diestros) originada por trastornos perceptivos, visoespaciales y del lenguaje, que vienen a constituir el eje de la problemática del disléxico. Cabe destacar que la lateralidad influye en la motricidad; por lo tanto, un niño con una mala lateralidad, suele ser torpe a la hora de realizar trabajos manuales y sus trazos gráficos suelen ser incoordinados.
- b. Alteraciones en la psicomotricidad. Se trata de una inmadurez psico-motriz. En este campo, cabe destacar:
  - Falta de ritmo-movimientos disociados y asimétricos. Respiración sincrónica.
  - Falta de equilibrio.
  - Conocimiento deficiente del esquema corporal.
- c) Trastornos perceptivos
  - Percepción espacial limitada. Confusiones de izquierda y derecha, arriba y abajo...
  - En lectura y escritura, también habrá confusiones entre “n” y “u”, “d” y “b”, “p” y “q” (ya que no distingue esa percepción espacial nombrada anteriormente).

### 7.4. DIAGNÓSTICO

En un aula se puede detectar una posible dislexia haciendo leer a un niño en voz alta y pidiéndole que nos cuente algún acontecimiento previamente narrado por él o lo que ha leído, cuando se ha comprobado o que lo ha comprendido y lo ha expresado correctamente a nivel oral.

En la *lectura* se pueden encontrar diversos errores, desde el desconocimiento de más o menos letras, hasta las adiciones, omisiones, repeticiones, inversiones, cambios de línea, lectura con falta de ritmo, ausencia de puntuación, acentuación y entonación, dificultades en sílabas compuestas, inversas, palabras largas o nuevas, o con acumulación de dificultades de pronunciación, dificultades con la g y la j, con la c y la z, confusiones en letras simétricas :d/b, p/q, d/p, letras de pronunciación similar : m/n, m/p, b/p, b/m... Cuando los niños son algo mayores, inician de modo característico, generalmente con la lectura de una palabra larga y acaban con otra que aparentemente se inventan. Esto es debido a que por falta de agilidad y práctica no hacen la adecuada previsión de lo que viene a continuación, como hacen los buenos lectores. Por eso en la reeducación hay que acompañarlos al leer y corregir con suavidad sus errores para que puedan hacer un aprendizaje correcto y reestructuras sus hábitos y automatismos lectores.

Como se puede ver, la cantidad de errores posibles y las posibilidades de combinación abundancia, influencia en las dificultades, es variada, y habrá de ser tomada en cuenta a la hora de programar la reeducación.



Por otro lado, en la *escritura*, cuando se pide al niño que escriba de una manera espontánea, generalmente se producen estos fenómenos:

- a. Dificultad inicial para imaginar la historia o si la ha imaginado adecuadamente, se siente incapaz de expresarla por escrito o reacio a hacerlo. Consume mucho en tiempo antes de iniciar el trabajo. A veces es preciso sugerirle los temas y el cómo expresarlos.
- b. El niño necesita un tiempo excesivo para escribir su relato. Puede tardar 15 o 20 minutos para escribir dos líneas, aunque esto es un caso extremo.
- c. La escritura en sí puede ser indicativa, por el tipo de letra, la mayor o menor digrafía, la forma a veces incorrecta de coger el lápiz, la forma de realizar los óvalos de las letras. Se puede observar agarrotamiento a la hora de escribir. El niño puede manifestar cansancio. La letra inicialmente correcta, se va desestructurando, el niño pierde el control que a veces ejerce inicialmente a costa de grandes esfuerzos.
- d. Discrepancia entre lo escrito y el lenguaje oral del niño. (Por eso a veces convendría evaluar a los niños disléxicos oralmente y no por escrito). A veces utilizan una sintaxis extraña, u omiten palabras, en especial los nexos y las palabras de función, dándose cuenta de ello en ocasiones al releer el texto. Igualmente, el uso de los signos de puntuación apenas responde a las normas sintácticas.

## 7.5. TRASTORNOS EN EL DIBUJO

Según el mismo Azcoaga, los niños disléxicos suelen ser muy malos dibujantes. Por otro lado, ciertos niños trazan perfiles groseros y muestran anomalías en las figuras asimétricas. También se advierte una marcada falta de aptitud manual para el aprendizaje del dibujo; pero esta conducta no es uniforme, pues otros niños pueden dibujar bien, así como realizar otras tareas manuales semejantes.

## 7.6. TRASTORNOS EN EL CÁLCULO

Otra de las manifestaciones de la dislexia se puede apreciar en el desempeño de los niños disléxicos, varios de los cuales suelen revelar dificultades en el cálculo aritmético, lo cual puede depender de la lectura o reconocimiento visual de los números o de la disposición espacial de los dígitos. Asimismo, puede haber deficiencias en la captación de relaciones, en cuyo caso sí puede tratarse de una verdadera *discalculia*.

## 7.7. RECOMENDACIONES

Desde el punto de vista del comportamiento de los maestros ante los niños que presentan esta anomalía se recomienda la adopción de las siguientes acciones:

- a. Los niños deben iniciar el aprendizaje de la lectura y la escritura después de alcanzar la suficiente madurez, alrededor de los seis o siete años, es decir, cuando empiezan su escolaridad.

- b. Los maestros deben poseer conocimientos suficientes para reconocer e identificar a los niños con problemas de lectura, a fin de poder ayudarlos oportunamente.
- c. Las autoridades educativas deben propiciar el funcionamiento de centros y/o grupos escolares para el diagnóstico y tratamiento de niños con dificultades de lectura mediante el trabajo multidisciplinario de psicólogos, médicos, pedagogos, etc.
- d. Las instituciones y programas de formación docente deben incluir en los currículos asignaturas o temas sobre deficiencias y anomalías del lenguaje y aprendizaje. Esta es una tremenda carencia, pues en los centros de formación de profesores no se advierte la inclusión de asignaturas o talleres que preparen a los docentes en diagnóstico y tratamiento de estas anomalías.
- e. También debe estimularse la formación de maestros especialistas en lectura. El currículo debe comprender el conocimiento profundo del proceso y naturaleza de la lectura, las leyes y principios del aprendizaje, los procedimientos y técnicas de diagnóstico general y específicos, los procedimientos de corrección, las funciones y actividades de prevención e integración como miembros de un equipo de esmerado nivel.
- f. Las autoridades de educación pueden alentar el desarrollo de clases o actividades especiales en los propios centros educativos, destinados al diagnóstico y tratamiento de niños disléxicos y con otros problemas de lenguaje.



# 8

## **ROL DEL PROFESOR:** **SUGERENCIAS DE ACTUACIÓN**

La tarea del educador en el área del lenguaje será, en general, la de potenciar sus aspectos comprensivos y expresivos, así como de propiciar situaciones y elementos que permitan progresar al alumno.

El tratamiento en el área de lenguaje, sea cual fuere el problema en sí, e intervengan los profesionales que intervengan, no puede centrarse en los síntomas, aislarlos y “reeducarlos”, sino que ha de tener en cuenta a los niños globalmente, como personas, valorando al mismo tiempo las repercusiones que la alteración produce en su entorno, lo que implicará la colaboración de la familia, la escuela y los especialistas. El tratamiento terapéutico, cualquiera que este sea, puede ser secundario a la manera de acoger el problema por parte de algunos de los adultos que el niño más valora. Además de la comprensión y ayuda familiar, cuando un pequeño presenta alguna alteración en su lenguaje, el maestro adquiere una importancia primordial, ya que puede ser un pilar básico en su recuperación y de él depende en buena medida la calidad de su integración social en el grupo de clase.

El profesor debe tener la adecuada preparación profesional que es actuar de la forma más adecuada con respecto a los niños con alteraciones de lenguaje que tenga a su cargo. Así, el hecho de que los profesores estén cada vez más sensibilizados con las dificultades que supone para un alumno un inadecuado desarrollo del lenguaje, posibilita en la actualidad una estructuración dentro del trabajo del aula que permite respetar los ritmos individuales de aprendizaje, adecuando las actuaciones para tener en cuenta las diferencias entre las personas e intentando reducir y no evidenciar claramente las desigualdades entre los alumnos.

Si el maestro detecta algún rasgo que precise una observación más detenida y específica, deberá consultar con los especialistas de la escuela, si los hay, o con los psicopedagogos y logopedas de los equipos de asesoramiento que normalmente atienden. Una vez detectado el problema, conviene diagnosticarlo o, como mínimo, situarlo suficientemente para determinar si el niño precisa intervención o no y, en todo caso, cuál sería la más adecuada. En relación con este aspecto entre las posibles intervenciones, destacamos las siguientes acciones:

- Es probable que sea suficiente una orientación familiar.
- Puede ser necesario revisar la programación que se desarrolla en el aula.
- Se puede plantear una acción conjunta entre el educador y el especialista.
- A veces el alumno ha de acudir a las acciones de ayuda que le ofrece el profesor de educación especial o de refuerzo o, en ocasiones, es éste el que acude al aula ordinaria para apoyar al niño.
- Si la alteración es importante o confusa puede ser necesaria la intervención de un profesional externo y el inicio de un diagnóstico más específico o un tratamiento adecuado

La selección de alguna de estas intervenciones dependerá básicamente de los recursos de la institución educativa, así como del tipo de problemática del alumno. Muchas veces las dificultades observadas están relacionadas con alteraciones comunicativas globales en las que hay que tener en cuenta los aspectos de la personalidad del niño; también hay que considerar los cuadros de lenguaje más graves o más complejos que el colegio no puede normalmente asumir solo. Si la colaboración no funciona, las intervenciones en el lenguaje suelen ser menos eficaces. La cuantía y calidad de esa colaboración dependerá sobre todo de la actitud de los que intervienen en el proceso y de la concepción abierta e interdisciplinar que tengan de su ámbito de actuación.

# 9

## **CONCLUSIONES**

Primera. El lenguaje es un comportamiento cerebral y neurológico, que en su etapa lingüística se desarrolla aproximadamente entre el primer año de vida y los ocho años de edad.

Segunda. La adquisición y desarrollo del lenguaje no es un proceso normal uniforme e igual en todos los niños, sino sometido a una serie de factores y cambios, cuya naturaleza o causa no siempre es clara y precisa.

Tercera. En la etapa de adquisición y desarrollo del lenguaje se presenta una serie de anomalías que la generalidad de maestros y padres de familia desconocen, de manera similar a muchos psicólogos.

Cuarta. El aprendizaje y uso del lenguaje no siempre es un proceso evolutivo normal, sino sometido a una serie de alternaciones, anomalías y problemas, con serias repercusiones en la vida personal, síquica y social del alumno, a veces incluso con efectos dramáticos, trágicos e irreversibles. Por eso la función del profesor no puede limitarse a la programación de su asignatura, a un frío e impersonal desarrollo de las clases, a una evaluación burocrática para aprobar o desaprobar a los alumnos. La tecnología y la didáctica formal no lo son todo, ni resuelven el problema angustioso de los alumnos con diferente capacidad expresiva, en cuyo conjunto los más atrasados en realidad revelan resultados cuyas causas generalmente no advierte el profesor.

Quinta. Junto con una adecuada preparación sustentada en los aportes de la lingüística, así como en la adopción de determinadas orientaciones tecnológicas o didácticas, se requiere una sólida y profunda formación científica y profesional en las áreas de producción, fisiología y funcionamiento del lenguaje, a fin de promover su asimilación

oportuna y de estar en condiciones de detectar problemas, aconsejar el tratamiento correspondiente, brindar asesoría e incluso convertirse en terapeuta primario y básico del lenguaje, como paso previo a tratamientos más especializados, que requieren la intervención de psicólogos, médicos u otros especialistas.

Sexta. La actitud del profesor no puede ni debe limitarse a la planificación de asignatura, indicación de medios y materiales educativos, descripción de estrategias didácticas, formulación, aplicación y calificación de exámenes, como si las secciones de alumnos fueran homogéneas y todos los alumnos tuvieran rendimiento uniforme, cuando en la vida práctica nos encontramos con niños y jóvenes con diferente actuación lingüística, con una variedad de problemas, con diversas actitudes, que generalmente el profesor solo los aprecia a nivel de conductas o comportamientos externos, pero no como manifestaciones de causas profundas e internas. Y como no está debidamente preparado, entonces, obviamente no puede orientar sobre el tratamiento aconsejable.

# 10

## RECOMENDACIONES

Tomando en consideración el estudio realizado, así como las conclusiones expresadas, también podemos formular las siguientes recomendaciones:

**Primera.** Sugerimos el empleo de determinados medios que permitan registrar la conducta anómala, el probable diagnóstico del mal y la sugerencia de tratamiento. Se trata, entonces, de utilizar una especie de “historia clínica de lenguaje”, que rebase o trascienda los límites del registro de clases o de asistencia, así como de otorgar al desarrollo del lenguaje un carácter realmente científico y de hacer del profesor de lenguaje un profesional capacitado, no solo para dirigir un proceso de dirigir un proceso de enseñanza-aprendizaje, sino de colaborar en el diagnóstico y tratamiento de las anomalías y trastornos del lenguaje que pueden presentar los niños de su sección.

**Segunda.** En estas tareas pueden colaborar, previa preparación, los estudiantes de Psicología que realizan sus prácticas pre profesionales en las diferentes instituciones educativas, así como los profesionales de la misma área, identificados con la respectiva problemática.

**Tercera.** También es muy importante que el profesor, previa preparación en el tema, mantenga una continua coordinación con los padres de familia, a fin de que el tratamiento del problema sea una tarea común y conjunta.

**Cuarta.** El diagnóstico y tratamiento de los problemas y anomalías del lenguaje, requiere del trabajo coordinado e integrado entre profesor, médico, lingüistas y psicólogos



## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- Ajuriaguerra, J. (1979). *Manual de psiquiatría infantil*. Masson, Barcelona.
- Avendaño, F. y Miretti, M. (2006). *El desarrollo de la lengua oral en el aula*. Santa Fe, Argentina: Homo Sapiens Ediciones.
- Azcoaga, J. (2001). *¿Qué es la dislexia escolar?* Lima: edición del autor.
- Bernaldo de Quirós, J. (1985). *El lenguaje escrito y sus problemas*. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana.
- Cajahuaringa, S. (1997). *Didáctica del lenguaje*. Lima: Editorial Universo.
- De Los Santos A. B. (1985). *El niño disléxico*. En: La Industria. Trujillo.
- De Saussure, F. (1967). *Lingüística general*. Buenos Aires, Editorial Losada.
- Fernández, B. F. y Llopis P. A. (1984). *La dislexia*. Editorial Ciencias de la educación preescolar y especial.
- Lozano, A.S. (1996). *Anomalías y trastornos del lenguaje*. En: Tecnología y trastornos del lenguaje. Trujillo: Editorial Libertad.
- Lozano, S. Z. (2017). *Estimulación temprana y psicomotricidad, aportes de la psicología, el hogar y la escuela*. Fondo Editorial de la UPAO, Trujillo.
- Mendoza, E y Caballo, G. (1990). *La evaluación del lenguaje en la edad preescolar*. Rev. Log. Fon. y Aud., X, 2, págs. 84-109
- Monras, C. (1984). *Consideraciones en torno al mutismo selectivo*. Rev. Log. Fon. y Aud., 3,4, págs. 224-231.
- Pascual, G. P. (2007). *La dislalia*. Editorial CEPE. Madrid, España
- Perelló, J. (4ta. Edición) (1981). *Trastornos del habla*. Ed. Científico Médica–Barcelona. Pág. 262
- Salgado R. A. (2005). *Manual práctico de tartamudez*. Madrid: Síntesis.
- Serón, J. M. y Aguilar, M. (1992). *Psicopedagogía de la comunicación y el lenguaje*. Madrid: EOS
- Schartz, M. (1983). *Solución al tartamudeo*. México. Editorial Diana
- Torres, G.J. (1996). *Cómo detectar y tratar las dificultades en el lenguaje oral*. Barcelona: Ediciones CEAC

En el presente volumen centramos nuestra atención en varias anomalías del lenguaje infantil, especialmente en dislalia, disfemia y dislexia, por sus directas implicancias en la vida del niño, así como de su entorno familiar, social y educativo.

Tenemos necesidad de una capacitación permanente, oportuna, sólida y amplia, de parte del profesorado, especialmente de los niveles iniciales y básicos del sistema educativo, cuya función no puede limitarse a la planificación, desarrollo y evaluación de asignaturas, a la aplicación didáctica de los temas, o al desarrollo rutinario de lecciones y tareas. Su misión trascendente radica en la formación orientadora del desarrollo y personalidad de sus alumnos; en el trabajo paciente, diligente y cuidadoso de su conducta; en la observación de sus actos de comunicación; en la detección y orientación de los casos relacionados con problemas y desarrollo del lenguaje.

En realidad, la generalidad de profesores, especialmente de Educación Inicial y Primaria, así como de la especialidad de Lenguaje y Literatura en Educación Secundaria, durante sus estudios en universidades y centros de formación docente, no son preparados en el área y temática que comprende el presente trabajo. Ese clamoroso vacío y carencia se extiende también al campo psicológico, por lo que es urgente cambiar de actitud, especialmente en aspectos relacionados con las anomalías y patologías del lenguaje para orientar un tratamiento adecuado de la niñez, lejos del desconocimiento, el empirismo y la indiferencia.

La autora ostenta una respetable formación teórica y académica en estos campos tan cruciales y decisivos.



**UPAO**

**FONDO EDITORIAL**