

## **LAS ALTERACIONES DEL HABLA Y DEL LENGUAJE**

### **1. Lenguaje y Necesidades Específicas de Apoyo Educativo**

Los trastornos del lenguaje y del habla entran dentro de la nueva concepción del término de necesidades específicas de apoyo educativo que la Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación (LOE) ha establecido. Es evidente que en la escuela son cada vez más los niños y niñas con dificultades en el aprendizaje y en el desarrollo lingüístico que han de ser atendidos por el maestro/a de audición y lenguaje.

Acosta y Moreno (2001) estiman que a través del lenguaje y el habla se garantiza la participación del alumnado en las actividades diarias de la clase, así como la interacción con los compañeros y adultos, además de ayudar a la adquisición del conocimiento y de los contenidos académicos.

El profesorado es el responsable de ofrecer y ofertar una respuesta educativa a aquellos alumnos/as que tengan dificultades en el aprendizaje del lenguaje y el habla, bien sea de carácter transitorio o permanente, de modo que garantice un adecuado desarrollo sociolingüístico.

Al trabajar en la rehabilitación de las dificultades del lenguaje el maestro/a de audición y lenguaje deberá ir abandonando la visión o percepción "individual" que ha tenido hasta ahora, para dar paso a un enfoque más social, de "contexto" de aprendizaje. En el ámbito de la problemática del lenguaje, cada vez es más patente la necesidad de una mayor colaboración, entre el profesorado para compartir conocimientos. Ésta habilidad no es fácil ya que precisa disponer de herramientas necesarias para trabajar en equipo.

### **2. El papel de la Escuela**

Todo el proceso de interacción y ajuste entre los adultos y los niños debe tener una cierta continuidad cuando se traslada del ámbito familiar al educativo. Y se llama la atención sobre este punto, debido a que es muy habitual el constatar un cierto grado de desconocimiento entre los educadores con relación a cuál debe ser su papel como sujetos activos que faciliten las adquisiciones posteriores del lenguaje de sus alumnos. En este sentido, resulta del todo necesario que los profesores en general, y los de educación e infantil y primeros ciclos de primaria en particular, así como los maestros/as de audición y lenguaje, los psicopedagogos y otros agentes educativos en contacto directo con niños o con sujetos que presentan necesidades específicas de apoyo educativo, conozcan el proceso que se sigue en la adquisición de la

comunicación, el lenguaje y el habla. Es importante que todos estos agentes educativos conozcan no sólo el qué, sino también el cómo los niños aprenden el lenguaje y van progresando.

En cualquier caso, no se trata tanto de que todos los profesionales del campo educativo conozcan a la perfección los mecanismos de adquisición lingüística – tarea más propia de los maestros/as de audición y lenguaje -, como de tener un conocimiento claro y básico de todo el proceso de aprendizaje del lenguaje que favorezca la comprensión del momento o lugar en que se encuentra un alumno en relación con su desarrollo lingüístico, del porqué se encuentra en dicha etapa y de qué tipo de ayuda habría que proporcionarle para que evolucionara a una etapa superior.

Por todo esto, se está afirmando que el apoyo a la adquisición del lenguaje es una tarea que corresponde tanto a los padres como a aquellos agentes educativos que están de alguna manera en contacto con los alumnos. No obstante, el papel más relevante lo desempeña el tutor, pues con sus prácticas puede contribuir a un triple logro. En primer lugar, a que se ofrezca una respuesta educativa en situaciones de interacción natural, dentro de las propias aulas. En segundo lugar, a que prepare a los niños con dificultades del lenguaje para que interactúen más eficazmente en un hipotético trabajo con los maestros/as de audición y lenguaje. Por último, porque una correcta formación del profesorado en este ámbito estimulará la colaboración con la familia, lo cual redundará en que el lenguaje también sea mejorado en el seno del hogar.

Sin embargo, a pesar de los esfuerzos que realizan padres y educadores para activar el lenguaje de los sujetos, es muy habitual encontrarse con un porcentaje muy alto de alumnado que manifiesta dificultades que afectan a su comunicación y a su lenguaje.

La escuela debe preocuparse por que todos los niños aprendan el lenguaje de su cultura como garantía de su participación en la vida social y escolar, y como medio para responder a todo el repertorio de demandas que ocurren diariamente en las interacciones y rutinas que acontecen dentro del aula.

### **3. Trastornos del lenguaje**

#### **3.1. Retraso Simple del Lenguaje**

Se trata de leves retardos en la aparición y/o desarrollo del lenguaje oral, cuyo denominador común es la inexistencia de deficiencias intrínsecas de cualquier naturaleza que sean causantes o incidan en dicho retraso. En general, el pronóstico de esta dificultad es favorable, se consigue la total equiparación con el patrón de desarrollo lingüístico canónico, aspecto que lo diferencia del resto de los retrasos, porque no se trata de disfunciones graves o asociadas a otras deficiencias o limitaciones, sino de un cierto retardo que de forma genérica afecta básicamente al nivel fonológico-fonético y morfosintáctico.

#### **3.2. Trastorno Específico de Lenguaje o Disfasia**

El Trastorno específico de lenguaje o disfasia hace referencia a una alteración lingüística que afecta, a diferencia del anterior, tanto a la emisión del mensaje oral (expresión) como a la comprensión del mismo (recepción), sin que exista una causa etiológica aparente, como puedan ser los déficits sensoriales, psíquicos o mentales. Se trata, por tanto, de un trastorno específico en la adquisición del lenguaje que no

evoluciona espontáneamente hacia la normalización y que se muestra resistente a la intervención logopédica. En ocasiones, se asocia a otras patologías (sordera, autismo, retraso mental) o se acompaña de otras alteraciones, como problemas en la atención o memoria, alteración de las relaciones afectivas, hiperactividad... No obstante, aunque los retrasos en el desarrollo del lenguaje puedan, a veces estar acompañados por deficiencias cognitivas, sensoriales o motoras, sin embargo, como sostiene Weismer (2000), existe un grupo de niños mayores de 3 años que han demostrado tener limitaciones significativas en habilidades lingüísticas sin una causa claramente identificable, con una cognición no verbal normal, audición normal y ausencia de déficits neurológicos.

En definitiva, los trastornos específicos del lenguaje constituyen una categoría diagnóstica muy heterogénea, cuyas señas de identidad reside en la presencia de un retraso significativo en el desarrollo de las habilidades comunicativas y lingüísticas de los sujetos, persistente en el tiempo, y que no puede ser explicado en términos de déficits cognitivos, neurológicos, socioemocionales, perceptivos o motores, aunque algunos autores admitan su coexistencia con otras patologías o alteraciones.

Además de los campos de afectación y de la intensidad de la dificultad, la disfasia se diferencia del retraso simple del lenguaje en la permanencia o persistencia, pues éste desaparece con relativa prontitud y facilidad, mientras que aquélla se prolonga en el tiempo y su pronóstico no es tan favorable.

Frecuentemente, esta dificultad lingüística se presenta junto a otras manifestaciones colaterales no lingüísticas, como son la dificultad en la estructuración espacial y temporal, los trastornos del ritmo, las dificultades psicomotoras, los trastornos afectivos y cierto desfase temporal en el razonamiento lógico y en la capacidad de abstracción.

### **3.3. Afasia**

Con esta denominación se hace referencia a un retraso significativo del lenguaje, caracterizado por la ausencia de emisiones orales, la alta incidencia de disfunciones y la pobre madurez lingüística, sin que exista ninguna malformación o déficits en los órganos encargados de la articulación, aunque algunos autores sí aceptan como causa originaria de la afasia una lesión cerebral adquirida. En este sentido, para que un retraso de lenguaje puede ser etiquetado como afasia debería asumir las siguientes condiciones: constatarse una pérdida de lenguaje, más o menos brusca, después de los 2-3 años de edad y lesión cerebral cierta o muy probable.

En otro sentido, hemos de señalar que si, desde un punto de vista etimológico, los términos afasia (ausencia de capacidad lingüística) y disfasia (funcionamiento inadecuado de esa capacidad) no deben plantear problemas, sin embargo, la mayoría de los profesionales, cuando hablan de la afasia infantil, piensan en una alteración lingüística adquirida total o parcialmente y cuando utilizan el término disfasia infantil apuntan a niños que manifiestan, desde un principio, grandes dificultades en la adquisición del lenguaje.

Teniendo en cuenta el momento en el que se produce la lesión, se suele distinguir entre:

- 1) *Afasia congénita*, que alude a la ausencia en la aparición de las primeras palabras o bien a la ínfima frecuencia de emisiones, sin que pueda atribuirse a una deficiencia auditiva, retraso mental, deficiencia motora o trastorno conductual. No se descartan posibles malformaciones craneales o anomalías cromosómicas antes del parto (afasias prenatales), que se produzca una

anoxia en el mismo (afasias perinatales) o bien que el sujeto sufra algún traumatismo o encefalitis posterior al nacimiento (afasias postnatales).

- 2) *Afasia adquirida*, que consiste en la no manifestación o ausencia de lenguaje, después de que éste haya sido adquirido y desarrollado, incluso sin dificultades. En este caso, habrá que tener en consideración el momento evolutivo en el que se produce, así como la naturaleza de su manifestación: súbita o evolutiva.

En la actualidad, las hipótesis más aceptables sobre la génesis de la afasia infantil apuntan a lesiones de origen vascular, traumatismos, tumores cerebrales, infecciones, ataques epilépticos pronunciados, etc.

## **4. Trastornos del Habla**

### **4.1. Dislalia**

#### **4.1.1. Dislalia evolutiva o fisiológica.**

La inmadurez del Sistema Nervioso Central y del aparato fonoarticulador provoca disfunciones en la articulación de los sonidos que conforman el lenguaje. El adjetivo que acompaña al sustantivo presupone que todas las personas presentan dislalias en una etapa concreta del ciclo vital y que presumiblemente se superan con la propia evolución y práctica del sujeto.

#### **4.1.2. Dislalia funcional.**

Cuando la dificultad articulatoria, en cualquier posición de la palabra, persiste al desarrollo evolutivo del lenguaje infantil, se conoce como dislalia funcional, la cual es debida a una disfuncionalidad de los órganos encargados de la articulación de los sonidos del lenguaje, sin que se aprecien déficits en dichos órganos, sino la confluencia de diversas variables:

- Patrones de articulación infantil que no han progresado, debido, en parte a que los adultos afianzan o refuerzan esos modelos mediante la emulación del habla infantilizada, cuando se dirigen al niño, en lugar de mostrarle los patrones lingüísticos normalizados.
- Insuficiente desarrollo de la psicomotricidad fina requerida para la articulación del lenguaje. De ahí que los fonemas cuya articulación exige mayor precisión y control de movimientos en los órganos encargados de su fonación sean los más complicados y tardíos de aprender, como es el caso de los sifones y de la /r/.
- Deprivación lingüística, que aluda al déficit en el entorno familiar, principalmente, de estimulación del lenguaje oral. Conocida la influencia del ambiente en el proceso de adquisición y dominio del lenguaje resulta evidente que aquellos que sufren abandono, viven en situaciones de bilingüismo poco estructuradas, en ambientes socioculturales deprivados o en ambientes superprotegidos son proclives a presentar este trastorno.
- Características psicológicas derivadas de actitudes de sobreprotección, traumas afectivos o emocionales, problemas de celos o inadaptación familiar,

que impiden el normal desarrollo de patrones lingüísticos al incidir directamente en la comunicación del niño, limitándola.

- Predisposición genética derivada de las particularidades del código genético neurológico. Aunque no sean excesivos, existen algunos casos con antecedentes de problemas de lenguaje.
- Retraso mental, que influye en todos los desfases y disfunciones del lenguaje y, por ende, en la adquisición de la correcta articulación fonética.
- Defectos en la respiración y en el control respiratorio, que repercuten directamente en la fonación, debido a la salida anómala del aire que, modelado por los órganos articulatorios, produce el sonido lingüístico.
- Tensión muscular que produce rigidez excesiva en los órganos fonarticulatorios, lo que se traduce en una pronunciación dificultosa y defectuosa. Esta tensión puede estar asociada a situaciones de nerviosismo, estrés, presión psicológica...

#### **4.1.3. Dislalia audiógena**

Se trata de una dificultad articulatoria que afecta a la pronunciación de los fonemas, pero que deriva de una causa bien delimitada y vinculada a un déficit orgánico determinado. En concreto, se debe a una pérdida de audición, como advierte su nombre, sentido que resulta, a todas luces, imprescindible para el óptimo desarrollo del lenguaje oral y particularmente para la adquisición y diferenciación de los sonidos que conforman el habla.

#### **4.2. Disglosias**

Son alteraciones del lenguaje oral provocadas por determinadas anomalías o malformación de algunos de los órganos encargados de la articulación de los fonemas. Su origen puede ser congénitos, generalmente por malformaciones craneofaciales, y también puede ser adquirido, cuando se deban a trastornos o lesiones orofaciales, intervenciones quirúrgicas, trastornos de crecimiento o parálisis en algunos órganos responsables del habla.

Desde el punto de vista logopédico, interesa la localización del órgano responsable de la disfunción articulatoria para verificar su grado de afectación. En efecto, el criterio comúnmente admitido para clasificar las disglosias consiste en identificar el grado de afectación del órgano responsable de la articulación defectuosa de los fonemas. Así pueden estar afectados los labios, las mandíbulas, los dientes, la lengua y el paladar, generando diferentes tipos de disglosias.

#### **4.3. Disartrias**

Estos trastornos articulatorios, cuyas señas de identidad son la debilidad muscular, la descoordinación respiratoria y las alteraciones en la fonación, prosodia, resonancia y articulación, son debidos principalmente a una parálisis cerebral, que afecta a los centros motores del encéfalo (responsables del control motor) y que, además de ser responsable de la correcta funcionalidad de los órganos articulatorios, causa por sí sola de las disfunciones, produce un desfase en el desarrollo neurológico, que también incide notablemente en el dominio del lenguaje oral.

También se consideran disartrias aquellas disfunciones del lenguaje oral cuya etiología se encuentra en enfermedades de los nervios o músculos de la lengua, faringe, laringe, labios, paladar y/u otros órganos fonoarticulatorios, pero no en la anatomía de ellos. Las estructuras nerviosas que pueden verse afectadas y ser responsables de las dificultades en la articulación de fonemas y palabras pueden ser el nervio vago (responsable de la movilidad del paladar, la faringe y la laringe, cuya afectación o parálisis produce una disfonía flácida, una voz baja y ronca y cierta hipernasalidad), hipogloso (regulador del movimiento, por tanto, su afectación se traducirá en una imprecisión articulatoria), nervio facial (cuya responsabilidad en la movilidad facial, al verse afectado, puede disminuir o anularla en uno o ambos lados de la cara, produciendo distorsiones en la articulación de las consonantes bilabiales y labiodentales) y nervio frénico (cuya alteración reduce la capacidad de exhalar aire durante la respiración, produciendo consecuentemente una respiración rápida y superficial, que afecta a la correcta articulación de determinados fonemas).

La disfuncionalidad de estos órganos genera dificultades para expresar claramente las palabras, propicia la pronunciación de sonidos inexistentes, problemas rítmicos y de entonación y falta de fluidez verbal, además de otros trastornos no directamente vinculados con el habla.

Existen varias clasificaciones sobre las disartrias en función de los órganos, zonas y músculos afectados. La que goza de un mayor consenso es la que distingue entre:

- Disartrias flácidas.
- Disartrias atáxicas.
- Disartrias mixtas.

## **5. Trastornos en la fluidez verbal**

### **5.1. Disfemia o Tartamudez**

Entre los trastornos de la fluidez verbal, el más representativo es, sin duda, el conocido como disfemia o tartamudez, que se manifiesta con la presencia de frecuentes bloqueos, repeticiones y/o prolongaciones de sonidos, sílabas o palabras, acompañadas de posturas y gestos faciales forzados, respiración irregular, tensión en los músculos y ansiedad, lo que evidentemente afecta a la expresión, en concreto, a la velocidad a la fluidez verbal y a la utilización de los elementos prosódicos del habla.

En síntesis, los problemas de fluidez verbal que presentan los sujetos con tartamudeo pueden afectar a diversos niveles lingüísticos:

- Fonético: disfunciones en las sílabas.
- Gramatical: disfunciones en las palabras.
- Prosodia: disfunciones en la entonación, ritmo, pausas...
- Léxico: disfunciones en la secuenciación de palabras y frases.

La presencia de disfluencias en la expresión oral puede ser bastante frecuente, aunque afortunadamente estos patrones lingüísticos no suelen consolidarse en la mayoría de los casos, superándose pronto y fácilmente, incluso sin intervención. De otra parte, es mucho más frecuente encontrar este trastorno del habla en hombres que en mujeres, con una proporción cuatro veces mayor.

Las manifestaciones más comunes en la disfemia o tartamudez son:

- Bloqueos articulatorios, con dificultad perceptible.

- Pausas excesivas, derivadas del esfuerzo invertido en la articulación.
- Tensión en los órganos fonoarticulatorios.
- Repetición desmesurada de determinados fonemas en distintas localizaciones.
- Repetición de sílabas, palabras, expresiones e incluso frases.
- Prolongaciones de sonidos.
- Interjecciones introducidas como apoyo a los loqueos y pausas.
- Alteraciones en la acentuación de palabras y en la entonación y tempo de las frases.
- Fragmentación de palabras y frases, que pueden quedar sin terminar.
- Evitación consciente de determinados sonidos por su dificultad.
- Posturas y gestos faciales y corporales insólitos, especialmente de labios, cara y cuello.

## **6. Trastornos de la voz**

Los trastornos vocales son alteraciones en la producción de la voz, debidas a algún déficit o disfunción en alguno/s de los órganos fonatorios que modelan el paso del aire. Los tipos de trastornos son clasificados en función de la explicación etiológica de la alteración.

### **6.1. Disfonías funcionales**

Son alteraciones en la voz producidas por un mal funcionamiento de los músculos responsables de la respiración, de la fonación y de la resonancia. Las manifestaciones más frecuentes y evidentes son las disfonías hipercinéticas, caracterizadas por la tensión excesiva de las cuerdas vocales que impide su óptimo funcionamiento y cuya causa puede ser la hipertonia o abuso vocal (gritos, forzar la voz...) y, al contrario, las disfonías hipocinéticas, que se producen por la incapacidad o dificultad para el cierre total de las cuerdas vocales, debidas a una insuficiente tensión muscular, que bien podría derivarse de sobreesfuerzos o lesiones, como los pólipos (tumores formados en algunas mucosas) o los nódulos (agrupación celular o fibrosa que forma un nudo), que exigen un sobreesfuerzo al sujeto en la emisión de los sonidos.

### **6.2. Disfonías orgánicas**

Se derivan de lesiones en alguno/s de los órganos directa o indirectamente encargados de la fonación. Pueden ser congénitas (quiste epidermoide) o adquiridas (bronquitis crónica, asma, vegetaciones). Por su alta incidencia, destaca la laringitis, tanto aguda (inflamación de la laringe, producida como consecuencia de una infección vírica) como crónica (inflamación debida a la confluencia de diversos factores genéticos constitucionales y otros externos contraproducentes para la producción de sonidos, como el exceso de frío, humos o polvo inhalados). Ambas enfermedades se manifiestan de forma especial en la población infantil, tanto desde el punto de vista cuantitativo (elevada frecuencia de aparición entre los 5 ó 6 años y la pubertad) como cualitativo (repercusión trascendental). De ahí que sea recomendable su prevención. Otras patologías asociadas a las disfonías son la bronquitis crónica, el asma y las vegetaciones. Por supuesto, también pueden producirse por malformaciones laríngeas o de algún otro elemento fonatorio o bien por algún accidente, que afecte al funcionamiento de ellos.

## **Bibliografía**

Acosta Rodríguez, V.M. (2004). *Las prácticas educativas ante las dificultades del lenguaje. Una propuesta desde la acción*. Barcelona: Ars Medica.

Gallego Ortega, J.L., Rodríguez Fuentes, A. (2005). *Atención logopédica al alumnado con dificultades en el lenguaje oral*. Granada: Ediciones Aljibe. Colección Escuela y Necesidades Educativas Especiales.

Vázquez Ruiz de Larrea, M.C. (2004). *Trastornos del Lenguaje Oral*. Bilbao: Universidad del País Vasco.