

CAPÍTULO 13

ALTERACIONES DEL LENGUAJE Y LA COMUNICACIÓN PRIMERA PARTE

TEMAS DEL CAPÍTULO

Competencias y valoraciones asociadas.

Algunas clasificaciones influyentes.

Descripción de los trastornos del lenguaje y la comunicación.

Trastornos del habla y la articulación: dislalias, disglosias.

Trastorno fonológico.

Trastornos de la articulación y expresión del habla: disartrias.

Trastornos de la voz y de la resonancia: disfonías.

Trastornos del ritmo y la fluidez: disfemias, farfullero.

COMPETENCIAS Y VALORACIONES ASOCIADAS

No es tarea fácil proponer una clasificación de las alteraciones del habla, el lenguaje y la comunicación que resulte plenamente aceptable o satisfactoria. Esto ya lo adelantamos en el último capítulo de nuestro libro dedicado a la psicología del lenguaje, en el que se hizo una

introducción al tema -básicamente un glosario de los principales términos- destinada a complementar un trabajo dedicado al lenguaje y competencia comunicativa normales.¹

En este manual, el lenguaje, la comunicación y sus alteraciones cobran especial relevancia por estar estrechamente relacionados con aspectos que el maestro debe conocer mejor para atender la diversidad en el aula.

Entre los obstáculos que examina un destacado investigador en el área, David Crystal (1983), está el hecho de que -contrariamente a lo que se cree- no resulta siempre fácil distinguir entre:

- Trastornos de la expresión (o producción) y trastornos de la recepción (o comprensión).
- Trastornos orgánicos y trastornos funcionales.
- Trastornos del habla y trastornos del lenguaje.
- Retardos del lenguaje y trastornos del lenguaje.
- Comportamiento normal y comportamiento anormal.

En el capítulo examinaremos obligadamente cuestiones de esta naturaleza. De lo que concierne a normalidad y anormalidad ya nos ocupamos en detalle en el capítulo 3: aquí se aplica, por cierto, a la competencia comunicativa, aunque algunos la focalizan en lo biológico. Es importante destacar que el lenguaje refleja, de manera muy obvia -o muy sutil- muchos de los problemas o desajustes que caracterizan a los seres humanos, así como las competencias y habilidades que los distinguen.

A este respecto, conviene hacer un alcance a la tabla que resume -siguiendo al lingüista Coseriu- los diferentes planos en que nos desenvolvemos simultáneamente en nuestro discurso y que son vistos como “modos del saber lingüístico” o “saberes” (competencias) lingüísticos. Nuestra competencia puede ser adecuada en alguno(s) de tales planos o niveles y, pero no necesariamente en todos. Los lingüistas explican que tales saberes “no son solidarios” entre sí: podemos tener un comportamiento adecuado o “normal” en alguno(s) de ello(s), pero no necesariamente en otro(s). Los saberes lingüísticos se poseen en distinto grado y cada uno de ello es objeto de un juicio de valor particular. Un determinado acto de habla, en el que se ponen en juego los tres tipos de “saberes” del plano cultural (elocucional, idiomático y expresivo²), puede ser valorado como coherente y correcto, aunque inapropiado.

¹ “Psicología del lenguaje: una aproximación psicopedagógica” (Bermeosolo, noviembre 2016). Para un análisis de los niveles y funciones del lenguaje; su desarrollo; las relaciones lenguaje-cognición; habilidades sociales en la comunicación; comunicación no verbal; qué se entiende por “lenguaje”, “habla” y “comunicación”, etc., remitimos al lector a dicho trabajo.

² Saber elocucional: es el conocimiento que tiene el hablante/oyente de las condiciones universales del hablar como tal (cualquier lengua humana), por tratarse de un ser humano, dotado de lenguaje. El hecho de hablar nos permite referirnos de manera coherente (o no) a la realidad, al comunicarnos con otros.

Saber idiomático: conocimiento de la lengua (o lenguas) particular o histórica con que nos comunicamos: el español, el inglés, el ruso... Podemos manifestar un uso correcto o no de nuestro idioma. (Conocimiento de la “gramática” normativa).

O bien, como congruente, apropiado, pero incorrecto (Ver fig. 13.1). Ello depende de qué nivel particular se está evaluando.

Planos y niveles del Lenguaje		Modos del saber lingüístico	Valoraciones asociadas.	Niveles de semánticidad
Biológico		Psicofísico	“Normal”	
Cultural	Universal	Elocucional	“Coherente”	Designación
	Histórico	Idiomático	“Correcto”	Significado
	Individual	Expresivo	“Apropiado”	Sentido

Fig. 13.1. Modos del saber lingüístico y tipos de valoración, según Coseriu. (Ver la explicación detallada, incluidos los ‘niveles de semánticidad’, en el capítulo 11 de la Psicología del Lenguaje.).³

Si se tiene en cuenta, además, el plano biológico, que se relaciona con el “saber psicofísico” o la facultad de hablar posibilitada por la indemnidad del sustrato o “hardware” biológico del lenguaje (cerebro, órganos fono-articulatorios, etc.), se puede aplicar también el criterio de “normalidad” (o anormalidad), en el sentido puntual en que se utiliza aquí el término, referido sólo a este plano. Algunos ejemplos aclararán estas nociones. Como ya lo ilustramos en la “Psicología del lenguaje”, una persona afásica, si bien no cumple con el criterio de “normalidad” (biológica) a causa del daño cerebral que le llevó a perder el lenguaje verbal que había desarrollado de manera normal, puede cumplir con el de “coherencia” si, con su limitada habla expresiva, unida a gestos y acompañada de un adecuado paralenguaje, logra transmitir información con la que se da a entender bien (saber elocucional). En su caso particular, no tendría mucho sentido hacer notar que el idioma español lo usa de manera “incorrecta” (saber idiomático) ya que hay aspectos más decisivos que privilegiar.

El lenguaje psicótico, por ejemplo de un esquizofrénico, puede resultar, en cambio, “incoherente” (saber elocucional) ya que no tiene sentido para quienes tratan de comunicarse con él, a causa de sus pensamientos trastornados, afectos inadecuados y pérdida de contacto con la realidad. Sin embargo, esta persona, pese a sus alteraciones, podría construir enunciados sintácticamente “correctos” en español (saber idiomático): “Este cuadrado que dibujé es un triángulo isósceles”. “Yo soy Napoleón”. Una persona con parálisis cerebral, pero de inteligencia normal, puede presentar una serie de defectos de habla, como lenguaje disártrico, poco inteligible (“anormalidad” en el plano biológico, por trastornos del tono y movimientos de los músculos fonatorios, secundarios a la alteración del sistema

Saber expresivo: es el conocimiento de las posibilidades de la lengua para las circunstancias concretas en que nos comunicamos, teniendo en consideración el contexto y los interlocutores. Define la dimensión más contextualizada -el nivel pragmático- de nuestra competencia lingüística. Es el saber hablar apropiadamente en “esa” situación y con “ese(a)” interlocutor(a) o interlocutores, es decir, haciéndolo de manera “ubicada” u oportuna.

³ Un comentario bien fundado puede encontrarse en Matus, A.: “Para una semántica integral”. En Matus, A. y otros: “Lingüística hoy: algunas tendencias”. Ediciones U. Católica de Chile, 1993.

nervioso). No obstante, su lenguaje puede ser totalmente “coherente” y “apropiado” a las circunstancias.

Personas “normales” (plano biológico) darían muestras de “incorrección” (saber idiomático) al decir -golpeando la puerta-: “¿Puedo dental?” o -a todo sol-: “¡puchas la calor p’a grande!”, o -en el restorán-: “t’á güeno el shansho!, si bien su discurso puede ser visto como “coherente” (saber elocucional) y hasta “apropiado” en ese contexto y para esos interlocutores (saber expresivo). Resultaría, en cambio “inapropiado” (saber expresivo) que un alumno de 4º Año Medio dijera en su alocución de despedida en el colegio, a nombre de sus compañeros: “Reconozco que el Señor Rector reúne innegables méritos y ha hecho progresar notablemente esta querida institución, aunque todo el mundo sabe que es bueno para ‘levantar el codo’ y quedar como estropajo, cuando anda con el diablo en el cuerpo”. Su discurso en este caso puede resultar “coherente” (saber elocucional), y hasta “correcto” (saber idiomático), aunque dentro de una norma informal.

T.T.S. Ingram, quien fuera influyente investigador de la Universidad de Edimburgo, enfatizaba que “el estudio de las perturbaciones del habla en la infancia depende del conocimiento del desarrollo normal del habla” (1982). Con ello hacía ver la importancia de contar con sólidos conocimientos acerca de los niveles de organización y uso de la lengua, así como de su evolución, a fin de poder apreciar mejor las anomalías del desarrollo y los trastornos adquiridos.

El lenguaje constituye un fenómeno extraordinariamente complejo y ha sido estudiado desde las más variadas perspectivas. Se sabe desde muy antiguo que admite múltiples e intrincadas relaciones, no sólo con los diversos niveles del psiquismo, sino también con el sustrato biológico, en especial, el cerebro.⁴ Algunos lo han descrito como la habilidad humana por excelencia: “con él, afirmaba Beloff, ninguna discapacidad podrá ser tan grave, como para privarnos de nuestra humanidad esencial; sin él, no seríamos más que un simulacro de seres humanos...”.⁵

➡ Un manual que pretende colaborar en la identificación y superación de “barreras en el aprendizaje y la participación” no puede, en consecuencia, soslayar un tema de tanta relevancia. De hecho, con demasiada frecuencia hemos constatado que muchas dificultades y déficit que presentan los niños en su aprendizaje e interacción social, los atribuyen sus maestros a carencias o retrasos en alguno o todos los planos de la lengua, como los descritos por los lingüistas: fonológico, morfosintáctico, semántico y pragmático.

En estos dos capítulos se entregará una información bastante completa a educadores y estudiantes de pedagogía, que les permita estar en mejores condiciones para llevar a cabo el

⁴ Crystal (1983) informa de un papiro egipcio del año 3000 a.C. que hace ya alusión a la pérdida del habla que puede sobrevenir tras una herida en la cabeza.

⁵ John Beloff, en “Psychological sciences: a review of modern psychology” (Crosby Lockwood Staples, London, 1973) especulaba:

“Were we, as in a fairy-tale, to encounter a talking frog, we should at once recognise a fellow human in animal guise. Likewise, if, as no longer seems quite so fanciful, we were to rear a breed of non-human primates with whom we could converse, we would find it impossible to treat them as mere animals...”.

trabajo colaborativo con los especialistas en estas materias. Se describirán también patologías adquiridas que afectan más bien a adultos, importantes para formarse una visión general de las alteraciones en un aspecto tan fundamental en las interacciones humanas.

ALGUNAS CLASIFICACIONES

En lo que concierne a las clasificaciones de los trastornos, en Chile los clínicos y especialistas suelen utilizar preferentemente las del DSM Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (en inglés Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM) y de la CIE 10. CIE-10 es la décima versión de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y otros Problemas de Salud; en inglés ICD (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems), en su capítulo de los trastornos mentales y del comportamiento, limitadas por lo general a los trastornos del desarrollo. Estas clasificaciones se rigen ahora por criterios operacionales y no etiológicos (Ver Apéndice).

El DSM IV (y DSM IV TR Texto Revisado), con una organización en este punto diferente a la de versiones DSM anteriores, en el apartado dedicado a los Trastornos de la comunicación contempla estas alteraciones:

- Trastorno del lenguaje expresivo.
- Trastorno mixto del lenguaje receptivo-expresivo.⁶
- Trastorno fonológico (en DSM IIIR, trastorno del desarrollo de la articulación).
- Tartamudeo.
- Trastorno de la comunicación no especificado.

Un apartado final del capítulo sobre los “Trastornos de inicio en la infancia, la niñez y adolescencia” -tipo “cajón de sastre”- incluye el mutismo selectivo.

La CIE 10, en el apartado dedicado a los Trastornos específicos del desarrollo del habla y del lenguaje, contempla:

- Trastorno específico de la pronunciación (equivalente al “fonológico” del DSM IV).
- Trastorno de la expresión del lenguaje.
- Trastorno de la comprensión del lenguaje.⁷
- Afasia adquirida con epilepsia (síndrome de Landau-Kleffner).⁸

⁶ En relación a las versiones anteriores (como el DSM IIIR, inmediatamente anterior) en que se distinguía entre trastornos del lenguaje expresivo y trastornos del lenguaje receptivo (comprensivo), acá se cambia este último por trastorno mixto del lenguaje receptivo-expresivo: se reconoce que una comprensión deficiente afecta necesariamente la expresión.

⁷ En la CIE 10 aparece ahora una nota aclaratoria: “También conocido como trastorno mixto expresión/comprensión”.

- Otros trastornos del desarrollo del habla y el lenguaje.
- Trastorno del desarrollo del habla y el lenguaje, no especificado.

Más adelante, en el desarrollo del tema, describiremos cada una de estas alteraciones, aunque no necesariamente en el orden en que aparecen en las dos clasificaciones anteriores. Por otra parte, se hará referencia cruzada entre todas las clasificaciones, ya que algunos cuadros obedecen en ellas a diferentes denominaciones. Otra, de uso frecuente -más exhaustiva y muy antigua- es la propuesta por T.T.S. Ingram⁹, neurólogo experto en patología del habla y del lenguaje, parálisis cerebral, disfunción cerebral mínima, etc., y a la que haremos una breve referencia por la influencia que ha ejercido en el área. Aclaraba Ingram a este respecto: “no disponemos de una clasificación satisfactoria de los trastornos del lenguaje hablado en la infancia”, y lo justificaba en estos términos:

“La clasificación etiológica resulta insatisfactoria, porque las causas de las perturbaciones suelen ser múltiples o, especialmente en el caso de los niños, desconocidas. Por ejemplo, los defectos simples de la articulación en el niño pueden deberse a una ligera deficiencia intelectual, a una privación ambiental, a una dificultad para oír o a una predisposición genética a un desarrollo lento del lenguaje hablado, que incluye la articulación. A menudo se encuentra que varios de estos factores están presentes en un caso concreto. Igualmente complicadas pueden ser las causas de los trastornos del lenguaje hablado en el adulto.

Tampoco resulta fácil una clasificación de los tipos de perturbaciones de la capacidad para el lenguaje. Se ha demostrado, por ejemplo, que los niños tartamudos normalmente tienen cierto retraso en el desarrollo del lenguaje hablado. En los niños, la articulación defectuosa (la producción de los sonidos del habla) es la anomalía que se presenta normalmente, pero un examen más profundo mostrará casi siempre que el desarrollo del lenguaje es también inmaduro, como lo indican los tests de vocabulario, de complejidad gramatical y de la longitud de las emisiones. De forma similar, un adulto que sufre un deterioro profundo de la capacidad de producir lenguaje hablado como consecuencia de un accidente cerebro-vascular, normalmente muestra anomalías de articulación, así como dificultades para encontrar la palabra, para construir oraciones gramaticalmente correctas y, a menudo, para entender lo que se le dice”.

De acuerdo a lo anterior, Ingram ha considerado útil “aunque no completamente satisfactoria” una clasificación basada en la principal función del lenguaje que se encuentra afectada y en las características clínicas relacionadas con ella. Aunque fue diseñada para los

⁸ Este síndrome constituye una pérdida grave del lenguaje expresivo y receptivo, en niños con un desarrollo normal del lenguaje previo a dicha pérdida, en un lapso de tiempo no superior a 6 meses, asociada a determinadas anomalías en el E.E.G. (electroencefalograma), con una función auditiva dentro de lo normal y nivel de CI no verbal normal.

⁹ Se puede encontrar en Lenneberg & Lenneberg (1982), donde aparece publicado el trabajo de T.T.S. Ingram: “Perturbaciones del habla en la infancia”. Trae abundante bibliografía, incluyendo referencias a su instrumento “The Edinburg Articulation Test”. No confundir con D. Ingram quien se ha centrado más específicamente en los aspectos fonológicos: Ingram, D.: “Trastorno fonológico en el niño”. Edit. Médica y Técnica S. A., Barcelona, 1983. (Original en inglés, 1976). Ingram, D.: “Procedures for the phonological analysis of children’s language”. University Park Press, Baltimore, 1981.

trastornos que presentan los niños, “podría aplicarse también a los trastornos de los adultos”, si bien:

“No es una clasificación ideal para niños ni para adultos, porque muchos trastornos son complejos y son muchos factores los que determinan su aparición, pero permite una clasificación amplia de las perturbaciones de la capacidad del lenguaje, pudiendo modificarse hasta cierto punto si es necesario”.

Para entender mejor esta clasificación y las que siguen, conviene advertir que los especialistas suelen distinguir entre trastornos del lenguaje y del habla. Sin embargo, es importante aclarar que los patólogos del lenguaje y del habla no utilizan el término “habla” en el sentido en que lo suelen hacer los lingüistas: restringen su significado a la articulación y producción de los sonidos, y calidad de la fonación. Para los lingüistas, el “habla” tiene un significado mucho más amplio: es el uso individual de la lengua, o del sistema o idioma, con todo lo que supone, no limitándose al nivel fonológico, articulatorio y de la fonación. Si bien varios clínicos incluyen dentro de los trastornos del habla los que afectan a la voz y la fonación, algunos los restringen a la articulación y pronunciación, clasificando aparte los relativos a la voz.

Los trastornos del lenguaje, por otra parte, tienen que ver con la calidad de la comprensión y la producción de los mensajes lingüísticos, con el sentido simbólico de la lengua. Un niño puede, por ejemplo, articular bien los sonidos y pronunciar adecuadamente las palabras (no presenta trastorno fonológico o ‘dislalias’), pero su “lenguaje” comprensivo puede ser pobre y su vocabulario muy limitado. También es posible todo lo contrario: tener problemas articulatorios y/o de fonación, o del ritmo del habla, sin verse afectada la comprensión y producción de mensajes. En muchos casos se dan en conjunto tanto problemas del habla, como del lenguaje, como podrá apreciarse en la clasificación de Ingram. Si se usa, por otra parte, la expresión “trastornos de la comunicación”, se está procurando englobar los aspectos no verbales junto a los lingüísticos: piénsese en las características de la interacción social y de la comunicación en el niño autista.

► **La clasificación de T.T.S. Ingram.** Entregamos una breve síntesis de la clasificación de los trastornos del habla y del lenguaje de este notable clínico e investigador, quien hace una minuciosa descripción de cada alteración. Sugerimos revisarla, en atención a que incluye consideraciones y criterios aún plenamente vigentes. Los 7 tipos de patologías son los siguientes:

1. Trastornos de la voz.
2. Disritmias del habla.
3. Disartria.
4. Trastornos del habla secundarios.
5. Síndrome del trastorno específico del lenguaje de tipo evolutivo.
6. Pacientes que tienen fundamentalmente trastornos del lenguaje.
7. Perturbaciones mixtas del lenguaje hablado.

1. **Trastornos de la voz:** Anomalías en la producción de la voz, debidas por lo común a una afección de la laringe o que incide sobre ella (laringitis, papilomas, mal uso de la voz...). Normalmente ‘disfonía’, deterioro de la voz o ronquera.

2. **Disritmias del habla:** Se trata de perturbaciones del ritmo del habla, como tartamudeo, vacilación, bloqueos, repetición de sílabas, debidos a una falta de sincronización durante el habla de los movimientos respiratorios y articulatorios (el autor dedica un completo apartado a los síntomas e índices de las disritmias en el habla). Hay diferentes “modelos” en el desarrollo del tartamudeo:

1. Tartamudeo evolutivo temporal.
2. Tartamudos remitentes.
3. Tartamudos persistentes (1% de la población).

3. **Disartria:** Trastornos de articulación debidos a anomalías en la estructura o función de los órganos articulatorios o estructuras que estén relacionados, o en su control neurológico.

a. Debido a anomalías estructurales: por ejemplo, fisura palatal, ausencia o desarrollo incompleto de la lengua, anomalías de estructuras relacionadas, como una mala oclusión dental o desproporción palato-faríngea, o un conducto de aire nasal inadecuado debido a un gran alargamiento de las adenoides o a defectos congénitos de la nariz.

b. Defectos de enervación de los labios, lengua, paladar u órganos relacionados: puede darse paresia, no coordinación o movimientos involuntarios de los labios, lengua, paladar o estructuras relacionadas.

Ingram dedica varias páginas, con numerosas ilustraciones, a los defectos del habla en la parálisis cerebral (y sus subtipos). Explica también que la distinción entre trastornos que obedecen a anomalías estructurales (punto a, trastornos que se identifican actualmente como “disglosias”) o a alguna afección neurológica (punto b), no resulta siempre tan simple como parece.

4. **Trastornos de habla secundarios.** Aquí incluye un grupo bastante diverso de situaciones que se presentan como deficiencias del lenguaje hablado, secundarias a otras condiciones, y sin pruebas necesariamente de alguna anomalía de la estructura o función de los labios, lengua y paladar. En la infancia consisten de modo característico en un desarrollo del habla tardío. Enumera cinco causas principales, pero insiste en que se pueden presentar combinadas (que sería lo más frecuente):

- a. Relacionadas con defectos mentales.¹⁰

¹⁰ La tabla que se muestra a continuación, citada por Ingram de un antiguo estudio de Karlin J. & Strazzula M. (“Speech and language problems of mentally deficient children”. *Journal of Speech Disorders*, 17, 276, 1952) ilustra cómo la severidad en el retraso en la maduración verbal es inversamente proporcional al CI:

	CI 15-20	CI 26-30	CI 51-70
Balbuceo	25,0 meses	20,4 meses	20,8 meses
uso de palabras	53,3 meses	43,2 meses	34,5 meses
uso de oraciones	153,0 meses	93,0 meses	89,4 meses

- b. Relacionadas con defectos de la audición o pérdida auditiva.
 - c. Relacionadas con disfasia auténtica.¹¹
 - d. Relacionadas con trastornos psiquiátricos: psicosis, autismo, mutismo selectivo.
 - e. Relacionadas con privación social grave: mucho más común en el niño que en el adulto.¹²
5. **Síndrome del trastorno específico del lenguaje de tipo evolutivo:** Restringido a niños. El autor estima que entre un 30% a un 40% de los niños que asisten a centros especializados “tienen una inteligencia media, están sanos, proceden de medios familiares normales y, sin embargo, tienen un retraso en el desarrollo del lenguaje hablado. En una elevada proporción de ellos hay antecedentes de otros familiares con un retraso al aprender a hablar y con dificultad a la hora de aprender a leer y deletrear.¹³ Se encuentran con mayor frecuencia sujetos ambidiestros y zurdos en estas familias que en el resto de la población”. Incluye los subtipos:
- a. Articulación: los niños afectados con esta perturbación muestran dificultades ‘evolutivas’ en la articulación. Son incapaces de pronunciar correctamente algunos sonidos que deberían tener en su repertorio. Solamente podrá mostrarse el retraso del lenguaje hablado mediante un examen muy detallado. Suele describirse a estos niños como que ‘tienen palabras, pero son incapaces de pronunciarlas’.
 - b. Perturbaciones evolutivas de articulación con retraso del lenguaje hablado: los niños de esta categoría no sólo muestran defectos en la articulación de los sonidos del habla, sino también una utilización más lenta del lenguaje hablado. Comprensión adecuada. En los tests obtienen puntuaciones bajas en vocabulario, gramática y, normalmente, memoria auditiva.

¹¹ Aquí el autor se está refiriendo a las disfasias adquiridas (o afasias).

Más adelante veremos que el término disfasia es para muchos autores sinónimo de disfasia evolutiva (o trastorno específico del desarrollo del lenguaje, en nuestro medio TEL, al menos en sus manifestaciones más severas. Es lo que Ingram denomina “síndrome del trastorno específico del habla (lenguaje) de tipo evolutivo” (Nº 5 en su clasificación). Advierte sobre las diferencias entre la pérdida del lenguaje en los adultos a causa de una lesión cerebral y lo que ocurre con niños pequeños en la misma situación, cuando el lenguaje no se halla aun plenamente configurado. Lamenta que a estos casos (de disfasia auténtica) se los haya denominado, a veces, “disfasias evolutivas”.

¹² Ingram se refiere a este último punto como “Condiciones ambientales y trastornos del habla”. Lo analiza, así como los otros de la clasificación, a la luz de su práctica clínica en la Speech Clinic of the Royal Hospital for Sick Children en Edimburgo.

¹³ Agrega, como dato curioso: “En Escocia se pueden identificar una serie de familias especialmente propensas a tener niños con un retraso en el desarrollo del habla, dificultades escolares y zurdos y ambidiestros, entre otras los Kerr, los MacDonald, los MacGregor, los MacClean, los Campbell, los Scott y sus clanes familiares”.

- c. Anomalías articulatorias, dificultades en la producción y comprensión del habla: en esta categoría, los niños están mucho más gravemente afectados, tienen más anomalías articulatorias que los niños de **a)** y **b)**. Puede observarse que tienen dificultades para comprender lo que les dicen, así como para utilizar el lenguaje hablado.
- d. Retraso muy grave en el desarrollo articulatorio, relacionado con un gran retraso en el desarrollo del lenguaje hablado y en la comprensión del lenguaje. Muchos de estos niños no pueden reconocer sonidos del habla hasta el tercer o cuarto año, o incluso después, y se dice que tienen una “sordera central”.

La tabla (fig. 13.2), original de Ingram, aclara los subtipos del síndrome de trastornos evolutivos del habla, ordenados de menor a mayor severidad (y que corresponden a los puntos a, b, c y d recién descritos). La última columna muestra denominaciones más específicas que se han utilizado para cada nivel. Se puede advertir que, gruesamente:

El nivel [a] corresponde al trastorno fonológico del DSM IV (DSM IV-TR) y al trastorno específico de la pronunciación de la CIE 10.

El nivel [b] corresponde al trastorno del lenguaje expresivo del DSM IV y al trastorno de la expresión del lenguaje de la CIE 10.

El nivel [c] corresponde al trastorno mixto del lenguaje receptivo-expresivo del DSM IV y al trastorno de la comprensión del lenguaje de la CIE 10 (También conocido, según la CIE 10, como trastorno mixto expresión/compreensión”).

6. Pacientes que tienen fundamentalmente trastornos del lenguaje (sobre todo adultos):

- a. Pacientes con un retraso evolutivo del habla con ligeras dificultades en la articulación (observadas raramente en la infancia).
- b. Pacientes con dificultades graves para encontrar palabras, construir oraciones y describir con palabras conceptos abstractos (“disfasia”, observada más a menudo en pacientes adultos).
- c. Pacientes con dificultades para captar lo que les dicen, así como para construir frases y oraciones que expresen su pensamiento, en particular sus ideas abstractas (“disfasia” receptiva, más común en pacientes adultos).

7. Perturbaciones mixtas del lenguaje hablado: Esta categoría, explica Ingram, se refiere a pacientes en los que resulta virtualmente imposible realizar un diagnóstico primario definitivo de su tipo de habla predominantemente perturbada, por ejemplo, adultos con deterioro de la comprensión y dificultades en el uso del lenguaje hablado, junto con una disritmia en el habla y una disartria grave, después de un ataque.

Los puntos 6 b, 6 c y 7 corresponden por lo general a problemas del lenguaje y el habla que se presentan en adultos que tenían un lenguaje normal y que lo pierden o se deteriora gravemente como consecuencia de un accidente cerebral. Se suelen clasificar dentro de las “afasias”.¹⁴

¹⁴ La definición amplia de afasia, explica Crystal (1983), permite considerar bajo su denominación toda dificultad que un paciente tenga con la función simbólica como resultado de un daño cerebral.

[a] Leve	Retraso en la adquisición de palabras. Lenguaje normal.	Dislalia.
[b] Moderado	Retraso más grave en la adquisición de palabras y en el desarrollo del lenguaje hablado. Comprensión normal.	Disfasia expresiva evolutiva.
[c] Grave	Retraso aún más grave en la adquisición de palabras y en el desarrollo del lenguaje hablado. Comprensión deteriorada.	Disfasia receptiva evolutiva. Sordera a las palabras.
[d] Muy grave	Falta de desarrollo del habla. Deterioro en la comprensión del lenguaje y en el significado de otros sonidos. A menudo, sordera manifiesta.	No percepción auditiva. Sordera central.

Fig. 13.2. Subtipos del síndrome de trastorno específico del lenguaje de tipo evolutivo, según Ingram.

► **La clasificación propuesta por Jorge Perelló** (fig. 13.3) y asociados puede resultar familiar para los hablantes del español.¹⁵ Fue Secretario General de la Asociación Internacional de Foniatría y Logopedia, organismo consultivo de la UNESCO, OMS y UNICEF, y presidente de la respectiva asociación española. Este investigador y clínico distingue entre trastornos del habla, el lenguaje y la voz. Aquí anotamos el esquema que desarrolla en sus tratados. Algunos de sus aportes serán considerados en la descripción que se hará en el texto de las diferentes alteraciones.

Para el neurólogo británico Henry Head, la afasia es un trastorno de “formulación y expresión simbólica”.

Sin embargo, autores como T.T.S. Ingram o el mismo Crystal, suelen llamar “disfásicos” a los pacientes afásicos. A-fásico lleva el prefijo “a”, que significa “ausencia total de”. En cambio, en disfásico el prefijo “dis” significa “ausencia parcial de”. Como desde el punto de vista práctico existen muy pocos casos con una ausencia total de lenguaje a causa del daño cerebral, estos autores utilizan el término disfásicos para referirse a ellos. Muchos otros investigadores (también en Chile) utilizan el término afasia en su sentido amplio (como se define arriba) y reservan disfasia para el síndrome de trastornos evolutivos del lenguaje (o trastorno específico del desarrollo del lenguaje o TEL), al menos en sus formas más severas.

¹⁵ La colección de Audiofonología y Logopedia dirigida por Jorge Perelló contempla varios volúmenes. De ellos, el VI está dedicado a la Sordomudez; el VII, a los Trastornos del Lenguaje; el VIII, a los Trastornos del Habla; y el IX, a los Trastornos de la Voz. Incluyen un minucioso análisis de cada patología y respectivos sub-tipos, abundantes ilustraciones y recomendaciones para el tratamiento.

1.	Trastornos del habla	a.	Disartrias.
		b.	Disfemia.
		c.	Dislalia.
		d.	Disglosia.
2.	Trastornos del lenguaje	a.	Afasia.
		b.	Oligofrenia.
		c.	Psicofonías.
		d.	Disfasias.
3.	Trastornos de la voz	a.	Endocrinofonías.
		b.	Disfonías.
		c.	Patología general.

Fig. 13.3. Clasificación de los trastornos del habla, lenguaje y voz de Jorge Perelló.

► **La clasificación de Crystal.** La clasificación que muestra a fig. 13.4 pertenece a David Crystal, quien, aparte de ser un notable lingüista y psicolingüista, es una autoridad en lo relativo a trastornos del lenguaje y del habla. En su “Patología del lenguaje” - obra valiosa y recomendable- entrega una visión muy acabada sobre la materia, ahondando en el sustrato biológico de la “cadena de la comunicación”.

La clasificación que propone señala el orden en que están organizados los temas en su libro: patologías de la recepción, centrales y de la producción.¹⁶ Los términos que aparecen en ella serán definidos y explicados en este capítulo, aunque organizados, al menos en parte, de manera diferente.

¹⁶ David Crystal: “Patología del lenguaje”. Ediciones Cátedra S.A. Madrid, 1983. El capítulo 1 está dedicado al “ámbito del tema”: qué se entiende por “patología del lenguaje”. El 2, a los modelos para abordar los problemas del lenguaje (modelo médico y modelo psicológico) y a la estructura de la lengua. El capítulo 3, a la “cadena de comunicación”. Incluye los siguientes “pasos”: 1 el cerebro. 2 codificación neurológica (localización, lateralidad). 3 codificación anátomo-fisiológica. 4 transmisión acústica. 5 recepción auditiva (oído externo, oído medio, oído interno). 6 transmisión neurológica y decodificación cerebral. El capítulo 4 está dedicado a la clasificación de las patologías lingüísticas. Ver también: Crystal D.: “The Cambridge Encyclopedia of Language”. Cambridge Univ. Press, Cambridge, 1991.

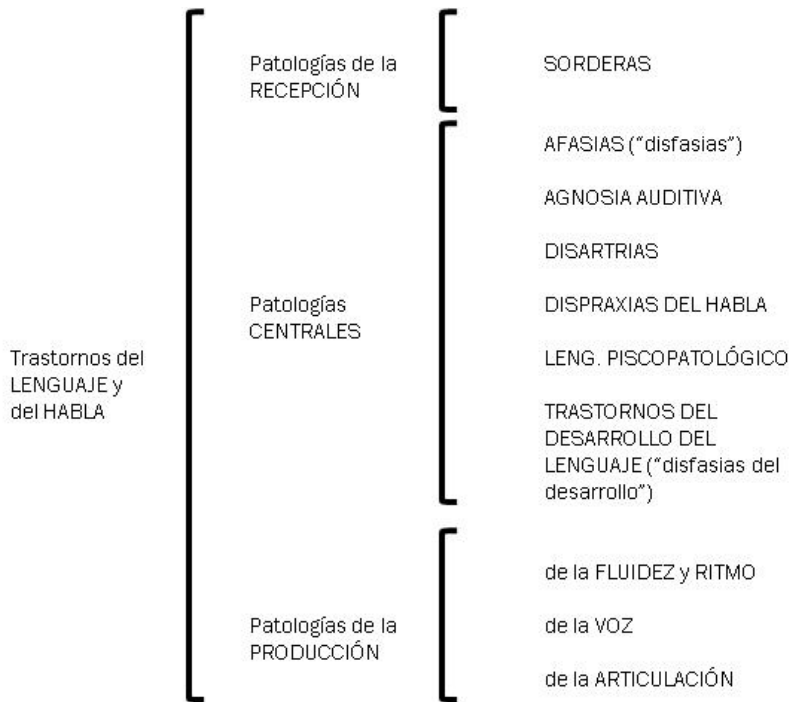


Fig. 13.4. Clasificación de los trastornos del lenguaje y del habla de David Crystal.

DESCRIPCIÓN DE LOS TRASTORNOS DEL LENGUAJE Y LA COMUNICACIÓN.

Teniendo presente que ninguna clasificación puede ser perfecta, ya que se debe optar por algunos criterios en desmedro de otros, la que sigue, organizada en base a las oposiciones que nos parecen más prácticas, y que se centra en la principal función que se ve afectada, sintetiza la información propuesta por diferentes autores. Se incluyen en ella, como se puede apreciar, trastornos que perjudican la comunicación no verbal. En lo que resta del capítulo, nos dedicaremos a describir cada una de las alteraciones siguiendo básicamente el orden que se observa en la fig. 13.5, si bien se hará referencia a las otras clasificaciones toda vez que se estime conveniente.



Fig. 13.5. Alteraciones del lenguaje y la comunicación, a base de oposiciones y funciones alteradas.

La clasificación puede sobre-simplificar cuestiones de por sí complejas. Se pretende en ella ubicar cada cuadro en la perspectiva de la función que se ve primaria y directamente afectada: la voz, la articulación, la comprensión y/o expresión simbólica, etc. En el texto se hará ver que, en la práctica, se da frecuente traslapo entre diferentes alteraciones, ya que se ven muchas veces comprometidas dos o más funciones.

TRASTORNOS DEL HABLA Y LA ARTICULACIÓN

DISLALIAS

Las dislalias, en sentido estricto, son alteraciones en la articulación de los fonemas, de tipo funcional (no estructural), por inadecuado funcionamiento de los órganos articulatorios.

Algunos autores entienden por dislalia toda alteración en la articulación de los fonemas. Perelló y equipo (1970), por ejemplo, entregan la siguiente clasificación:

- A. Dislalia funcional (rotacismo, sigmatismo, lambdacismo, deltacismo...).
- B. Dislalia orgánica.
 - a. Dislalia orgánica o disglosia (labial, dental, lingual, palatal, nasal).
 - b. Dislalia audiógena (sordera poslocutiva, hipoacusia prelocutiva).

Gallardo Ruiz y Gallego Ortega (1995), en su manual de logopedia escolar, siguiendo la propuesta de Pascual¹⁷, entregan una clasificación aun más completa, que incluye también cuadros que, por afectar funciones más relevantes o implicar un compromiso orgánico, acá serán vistos en otros apartados. Se asocian, sin embargo, a problemas en la articulación de los sonidos del habla. Los autores incluyen también las dislalias del niño que aprende a hablar (dislalia “evolutiva”): se trata en realidad de un fenómeno normal.

- A. Dislalia evolutiva o fisiológica (del niño que aprende a hablar).
- B. Dislalia audiógena (causada por deficiencia auditiva).
- C. Dislalia orgánica:
 - a. Disartrias (alteraciones en centros neuronales cerebrales).
 - b. Disglosias (anomalías en órganos del habla: labios, lengua).
- D. Dislalia funcional (mal funcionamiento de órganos articulatorios).

Siguiendo la definición estricta de dislalia, consideramos en este apartado en especial los puntos A de Perelló y D de Gallardo y Gallego. Corresponde también incluir el punto 5.a de la clasificación de Ingram. De las otras alteraciones (disglosia, disartria), nos ocuparemos más adelante. La dislalia ha sido vista como equivalente al trastorno específico de la pronunciación de la CIE 10; al trastorno fonológico del DSM IV y DSM IV TR¹⁸ y trastorno del desarrollo de la articulación en el DSM III R. Sin embargo, siguiendo al equipo de Fonoaudiología de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, en el marco de los procesos de simplificación fonológica, veremos que los trastornos fonológicos constituyen entidades diferentes a los problemas puramente fonéticos y articulatorios. Es cierto, por otra

¹⁷ Pascual, P. “La dislalia”. CEPE. Madrid, 1988.

¹⁸ En el DSM IV se describe así el trastorno fonológico:

A. Incapacidad para utilizar los sonidos del habla esperables evolutivamente y propios de la edad e idioma del sujeto (p.ej., errores de la producción, utilización, representación u organización de los sonidos, tales como sustituciones de un sonido por otro u omisiones de sonidos, tales como consonantes finales).

B. Las deficiencias de la producción de los sonidos del habla interfieren el rendimiento académico o laboral, o la comunicación social.

C. Si hay un retraso mental, un déficit sensorial o motor del habla, o una privación ambiental, las deficiencias del habla exceden las habitualmente asociadas a estos problemas.

El manual recomienda que, si hay un déficit sensorial o motor del habla o una enfermedad neurológica, se codifiquen en el eje 3.

parte, que los tratadistas al referirse a las dislalias no se han restringido necesariamente a cuestiones puramente fonéticas.

Gallardo y Gallego (1995), explican que “el niño con dislalia funcional no usa adecuadamente los órganos articulatorios a la hora de articular un fonema, a pesar de no existir ninguna causa de tipo orgánico” -y que “se trata de la alteración más frecuente”- postulan algunos factores etiológicos. Entre ellos:

- a. Falta de control en la psicomotricidad fina: La articulación exige una gran habilidad motora. Los fonemas que precisan un mayor control de los órganos articulatorios, en especial de la lengua, son los últimos en aparecer: /l/ /r/ / ʎ/ y “sinfones” (grupos consonánticos: /fr/ /pl/ /dr/ /kl/...).
- b. Déficit en la discriminación auditiva: El niño que no logra decodificar correctamente los elementos fonémicos de su idioma y no percibe diferenciaciones fonológicas del tipo sonoro/sordo, dental/ velar, oclusivo/fricativo, cometerá errores en la imitación oral.
- c. Estimulación lingüística deficitaria: Es el caso de las dislalias en ambientes socioculturales deprivados; también en situaciones de bilingüismo.
- d. De tipo psicológico: Sobreprotección, traumas, etc., que hacen persistir modelos articulatorios infantiles.
- e. Deficiencia intelectual: Las dislalias son otra manifestación de los problemas de lenguaje del niño deficiente.

Según los mismos autores, la dislalia supone diferentes tipos de error: por sustitución, distorsión, omisión e inserción. Es el caso de advertir que los tratadistas cuando se refieren a la dislalia, sus características, tipos de errores, etiología, etc. no se restringen siempre sólo a la dislalia funcional. También pueden aludir a la dislalia asociada a problemas del lenguaje o secundaria a otras condiciones, ya que comparten rasgos comunes relativos a la inadecuada articulación de los sonidos. Recuérdese el comentario de Ingram: “En los niños, la articulación defectuosa (la producción de los sonidos del habla) es la anomalía que se presenta normalmente, pero un examen más profundo mostrará casi siempre que el desarrollo del lenguaje es también inmaduro, como lo indican los tests de vocabulario, de complejidad gramatical y de la longitud de las emisiones”.

Las dislalias, según Gallardo y Gallego, admiten diferentes modalidades ya que suelen producirse por:

- **Sustitución:** El niño articula un fonema en lugar de otro difícil de pronunciar. A veces el error es consecuencia de dificultades de percepción auditiva, ya que no puede diferenciar dos sonidos acústica y articulatoriamente próximos. Es el error más frecuente y difícil de corregir, ya que se trata de un hábito articulatorio erróneo, del cual no se es consciente. Ejemplos, /l/ ó /d/ por /ʎ/: /datón/ por / řatón/.
- **Distorsión:** Es el segundo de los errores en la dislalia en orden de frecuencia. El niño produce un sonido de manera distorsionada e incorrecta, aunque aproximada al fonema correcto. Puede hacer, por ejemplo, un movimiento extraño como sacar la lengua o hacer vibrar los labios en vez de hacer vibrar la lengua, que es lo que correspondería.
- **Omisión:** Aquí el niño simplemente no articula los fonemas que no domina. Error muy frecuente en los sinfones: /páto/ por /pláto/.

- **Adición o inserción:** Error menos frecuente, que consiste en la inserción de un fonema para ayudarse en la articulación de otro más difícil. Suele darse también en los sinfonos: /paláto/ por /pláto/.

Perelló y otros, al referirse a la etiología de las dislalias funcionales, destacan que, en algunos casos, se da “un factor hereditario innegable”, lo que avalan con algunos hallazgos. Citan también trastornos del desarrollo, hipoacusia, educación deficiente, circunstancias sociales desfavorables, bilingüismo. Señalan, además, que “la imitación puede influir mucho”:

“La reproducción de fonemas deformados oídos a otros familiares y compañeros es frecuente. Una niña mayor articula mal, imitando a su hermanita más pequeña, para desviar la atención de los mayores y concentrarla en ella”.

A las dislalias particulares se las identifica, siguiendo al mismo autor, según el o los fonemas afectados. Si bien a fonoaudiólogos y educadores especialistas les resultan familiares estas materias, es importante que el educador de aula regular esté al tanto de algunos detalles técnicos, a fin de que el trabajo colaborativo se lleve a cabo con mayor eficacia, al conocer más de cerca la labor que desempeñan los otros profesionales:

- Dislalias de las vocales: diferentes defectos en la articulación de los fonemas /a/ /e/ /i/ /o/ /u/.

Por ejemplo, el fonema /i/ puede ser objeto de varias deformaciones: puede parecer una /e/ imprecisa; puede sonar “soplado”, como una /Ø/ o un zumbido; puede sonar nasalizado por descenso del velo del paladar; se desfigura, también, si se separan demasiado los dientes y los labios, cuando no se aplica con energía la punta de la lengua contra la cara interna de los incisivos inferiores (frecuente en niños hipoacúsicos). Para las variadas dislalias de los otros fonemas vocálicos, recomendamos revisar el trabajo del autor.

- Dislalias de los fonemas consonánticos, que derivan sus nombres de letras del alfabeto griego: fonemas /b/ y /p/ o betacismos; fonema /m/ o mitacismos; fonemas /d/ y /t/ o deltacismos; fonema /l/ o lambdacismos; fonemas /r/ y / / o rotacismos (frecuentes y con variados subtipos); fonema /k/ o kappacismos; fonema /g/ o gammacismos; fonema /x/ o jotacismos, etc.

A modo de ejemplo, el rotacismo es la dislalia más frecuente, en especial el de la vibrante simple. Más frecuente aún es el pararrotacismo o sustitución de las vibrantes por otro fonema consonántico, lo que ocurre en el habla infantil. Perelló analiza varias deformaciones de los fonemas /r/ y /ř/, tales como “ruidos de temblor”, “ruidos crepitantes” y “ruidos de frotación”. Capítulo especial merecen los numerosos defectos del fonema /s/ o sigmatismos: sigmatismo oral, por posición lingual errónea (¡admite cerca de 10 subtipos!); sigmatismo nasal, por posición errónea del velo del paladar (con 5 subtipos); sigmatismo faríngeo, con un ruido de frote entre la base de la lengua y la pared posterior laríngea; sigmatismo laríngeo, con un siseo áspero entre las dos cuerdas vocales que se aproximan.

Para cada uno de estos defectos y sus respectivas variedades, así como para los que afectan a los fonemas vocálicos, los autores dan una minuciosa caracterización y proponen, además, ejercicios para su corrección (debiendo utilizar los especialistas a veces espátulas, varillas guía-lengua, espejos y otros recursos). Incluyen también listas de palabras para practicarlos. El Manual de Logopedia Escolar de Gallardo y Ortega, por otra parte, ahonda en el proceso de evaluación de las dislalias, con una tabla que orienta la labor del especialista, y

que es importante que el profesor de aula conozca -por lo que la reproducimos- ya que ilustra los variados aspectos que pueden estar implicados en una observación cuidadosa.¹⁹(Ver 13.6).

En dicha evaluación, junto a la observación del lenguaje espontáneo y de lenguaje dirigido, se recurre a un listado de palabras que incluyen los fonemas del español en diferentes posiciones y una lista de frases a completar (o “intraverbales”) que induce la producción de determinados sonidos en un contexto lingüístico, del tipo:

/pl/ La sopa se echa en el _____.

/fl/ Los indios tiran con el arco _____.

/fr/ En el invierno hace mucho _____.

/dr/ El gato maúlla y el perro _____.

Una vez identificadas las dislalias a través de los procedimientos mencionados, se estudia la discriminación auditiva, claramente relacionada con las bases funcionales de la articulación. Los autores sugieren utilizar con este propósito las “listas fonéticas” de Quilis, lingüista y fonetista, de las que traen numerosos ejemplos.

¹⁹ Los autores explican que la logopedia (tratamiento de las alteraciones del lenguaje y de la comunicación), “después de estar limitada a los centros específicos de educación especial, de sordos y servicios de foniatría de los hospitales, ha entrado de lleno en la escuela a raíz de la integración escolar de los niños y niñas con NEE (Necesidades Educativas Especiales) permanentes”.

La labor que en España realizan logopedas, la llevan a cabo en Chile los fonoaudiólogos (formados en las Facultades de Medicina) y los profesores especialistas en trastornos de la audición y lenguaje (formados en Escuelas de Pedagogía). Cada uno de estos profesionales tiene, en consecuencia, un sello y un rango de acción particular que, si bien en algunos aspectos admite cierto traslape o superposición, en otros manifiesta acusadas diferencias, por lo que la labor de ambos se hace necesaria.

En otros países, los profesionales del área reciben diferentes denominaciones: terapeutas (o especialistas) del habla y el lenguaje, patólogos del habla, patólogos del habla y del lenguaje, ortolingüistas, especialistas de la comunicación... Crystal en la Introducción de su “Patología del Lenguaje” discute extensamente el tema, a raíz de una encuesta que realizó el British College of Speech Therapists (cuyo órgano oficial es el British Journal of Disorders of Communication) sobre 21 posibles alternativas de denominación.

Objetivo	Aspecto a evaluar			Estímulo-Material
Evaluación de la articulación.	Lenguaje espontáneo.			Conversación libre.
	Lenguaje dirigido.	Sin referencia visual.		Preguntas inductoras.
		Con referencia visual.		Objetos, fotos.
	Lenguaje repetido (imitación provocada).			Frases, palabras, etc.
Evaluación de las bases funcionales de la articulación.	Audición.	Discriminación auditiva.		Sonidos, palabras.
	Aparato articulador.	Habilidad motora.	Lengua.	Imitación, órdenes.
			Labios.	
			Paladar blando.	
		Soplo.	Cantidad.	Imitación, órdenes, materiales de soplo.
			Control.	
			Dirección.	
		Respiración.	Capacidad.	Imitación, exploración.
			Tipo.	

Fig. 13.6. Proceso de evaluación de las dislalias, según Gallardo Ruiz y Gallego Ortega (1995).

En las listas se trabaja con las diferentes oposiciones en que entran los fonemas consonánticos o consonantes (oclusivas, fricativas, nasales, etc.) para evaluar y ejercitar la discriminación auditiva del niño. Por ejemplo, la oclusiva /p/ se opone a:

- ▶ /b/ en cuanto sorda-sonora [par-bar; peso-beso; pez-vez; pata-bata...].
- ▶ /f/ en cuanto oclusiva-fricativa [pavor-favor; copia-cofia; prisa-frisa...].
- ▶ /t/ en cuanto labial-dental [trapo-trato; aspa-hasta; lapa-lata...].
- ▶ /k/ en cuanto labial-velar [peso-queso; apostar-acostar; pulpa-culpa...].
- ▶ /m/ en cuanto oral-nasal [trapo-tramo; poda-moda; pozo-mozo...].

Al examinar el aparato articulador, el clínico debe evaluar la habilidad motora de la lengua observando su capacidad para realizar diferentes tipos de movimientos: lentos laterales; lentos verticales; rápidos y de vibración; capacidad de doblado, etc., dependiendo de la (o las) dislalia(s) en cuestión. En los labios se observa su capacidad de presión, de movimientos lentos, de proyección y capacidad de sonreír. Se examina también el paladar blando y se verifica su capacidad de movimiento. En casos de articulación poco intensa y en las dislalias que afectan a oclusivas y vibrantes, se evalúa también el soplo. Se mide su cantidad (poniendo una vela a cierta distancia y pidiéndole al niño que trate de apagarla); el control, que supone la capacidad de emitir una determinada cantidad de soplo y mantenerla, aumentarla o disminuirla a voluntad (aquí el clínico usa una pajilla con la que el sujeto debe soplar la base de la llama de una vela); y la dirección (cambiando de dirección la vela, se comprueba si el soplo sigue la dirección adecuada. Si bien al hablar de "soplo" normalmente se hace referencia al soplo espiratorio bucal, en el caso de dislalias de los fonemas nasales (/m/ /n/ y /ɲ/), poco frecuentes, y en las dislalias por alteración nasalizada de fonemas, se evalúa el soplo nasal. Si la capacidad de soplo es escasa o hay un deficiente control del mismo, el especialista evalúa la respiración. Para medir la capacidad respiratoria se usan espirómetros. Tablas comparativas por edad, talla, peso y sexo entregan los datos necesarios para que el especialista se forme una opinión de la capacidad del niño. A través de la

exploración manual se comprueba el tipo de respiración (abdominal o torácica). Todas estas variables serán decisivas al momento del tratamiento. Gallardo y Gallego (1995) dedican varias páginas en su tratado a los modelos y estrategias de intervención de las dislalias funcionales.

Distinguen dos tipos de modelos: fonético y conductual.

- ▶ El **modelo fonético** contempla una intervención directa, centrada en ejercicios articulatorios para la dislalia en cuestión y otra indirecta, relacionada con las bases funcionales de la articulación. Normalmente se comienza con el tratamiento de estas últimas. Con el 1er. tipo de intervención se intenta directamente la producción correcta del fonema. Hay estrategias precisas para cada tipo de error, es decir, para las sustituciones, para las omisiones y distorsiones, y para las inserciones.²⁰

El 2º tipo se orienta a actividades de discriminación auditiva, los movimientos de lengua, labios y paladar blando, y/o ejercicios de soplo y de respiración, según corresponda.

- ▶ El **modelo conductual**, basado en la psicología del aprendizaje conductista, considera que las alteraciones articulatorias son conductas observables que pueden ser cambiadas siguiendo los principios de modificación conductual (refuerzo positivo y aproximaciones sucesivas o moldeamiento, basados en el condicionamiento operante). En esencia, se usan los procedimientos del modelo fonético añadiendo el registro de las conductas (desde la línea base) y la utilización de reforzadores.

El manual de Perelló y asociados, por su parte, dedica también varias páginas al tratamiento de cada dislalia en particular, complementando los ejercicios de corrección con listas de palabras de práctica.²¹ Damos término al tema con una breve referencia a clasificaciones presentadas en páginas anteriores: Perelló incluye las dislalias ("la dislalia") en los trastornos del habla. Crystal, en las patologías de la producción y, dentro de ellas, en las de la articulación. Ingram, en los puntos 5ª y 6ª de su clasificación.

²⁰ El tratado es rico en observaciones que demuestran una sólida fundamentación en ciencias fónicas: fonética y fonología. Por ejemplo, después de señalar los pasos para la ejercitación de los sinfonos o grupos consonánticos (/fl/, /pl/, /gr/, etc.) -que se ordenan según su grado de dificultad articulatoria- los autores advierten:

"Cuidar mucho de no caer en un tremendo error fonético, por desgracia muy frecuente en textos: pasar de /pála/ a /pla/. Si nuestro objetivo es suprimir la vocal entre /p/ y /l/, no debemos usar una vocal fuerte y articulada con énfasis, ya que esta vocal es tónica: /pála/. Debemos usar una vocal débil: /u/ o /i/ y articularla átona, acentuando la sílaba final: /pilá/. Usamos /i/ por su tono más alto y, por lo tanto, más fácil de asimilar sus rápidas vibraciones a /l/ o /r/ que son fonemas sonoros.

²¹ Para las dislalias, así como para otras patologías del habla y el lenguaje, el lector puede acudir también a:

- Narbona, Juan y Chevie-Mulle, Claude: *El lenguaje del niño: desarrollo normal, evaluación y trastornos*. Barcelona, Masson, 2001.
- Rondal, Jean A. y Seron, Xavier: *Trastornos del lenguaje*. Barcelona, Paidós Ibérica, 1988. (2 tomos).
- Azcoaga, Juan Enrique: *Los retardos del lenguaje en el niño*. 2ª ed. Buenos Aires, El Ateneo, 1979.

Antes de revisar el trastorno fonológico, y previo al punto relativo a las disglosias, estimamos de interés mostrar la tabla de los 17 fonemas consonánticos del español utilizado en Chile (sin sus variantes alofónicas) a fin de que el lector pueda interiorizarse mejor del tema.

Modo de articulación: Punto de articulación:	Oclusivas		Fricativas		Africadas		Vibrantes		Laterales		Nasales	
	+	-	+	-	+	-	+	-	+	-	+	-
Bilabiales	/b/	/p/									/m/	/ɱ/
Labiodentales			/f/									
Interdentales			(/θ/)									
Dentales	/d/	/t/										
Alveolares			/s/				/r/	/r/	/l/		/n/	
Palatales			/y/		/ç/				(/ʎ/)		/ɲ/	
Velares	/g/	/k/	/x/									

Fig. 13.7. Los 17 fonemas consonánticos del español hablado en Chile. Entre paréntesis, dos fonemas no utilizados acá, sí en España: /θ/ y /ʎ/. Los signos + y - indican que se trata de fonemas sonoros o áfonos.

Ejemplos de palabras en que aparecen los diferentes fonemas (se incluyen algunas variantes alofónicas, las que suponen una pronunciación algo diferente al del fonema tipo desde el punto de vista fonético):

- /b/ barco, vena, venta, bencina, tubo, tuvo, ventaja, verbo, leve, llave.
- /p/ pato, mapa, apto, parque, polen, piano, pibe, apóstol, por, pata.
- /d/ dado, dedo, red, alrededor, duodécimo, caldo, ayuda, donde.
- /t/ tapa, pato, tela, ritmo, patota, interacción, mentís, cortina.
- /g/ gato, pago, agua, ignoro, gigante, guijarro, guau, agüita, lingüística.
- /k/ casa, vaca, kilo, queso, que, época, kiosco, kiwi, acto.
- /f/ foca, café, fiesta, nafta, áfono, fósforo, filosofía, funda, refundar.
- /θ/ cielo, canción, zapatilla, anzuelo (pronunciadas “a la española”).
- /s/ sapo, casa, cielo, zapatilla, anzuelo, asco, canción, pardusco, rojizo.
- /y/ llave, payaso, yo, ello, yunque, lloriquear, hoyo, halla, haya.
- /x/ jamón, ajo, Ximena, geología, gigante, ágil, gitano, agitar, jipijapa.
- /ç/ choza, coche, Chile, dichoso, rechifla, chuzo, chubasco, chiste.
- /r/ reloj, perro, ratón, alrededor, red, parranda, parrilla, rural, arriendo.
- /r/ pero, aro, orador, arancel, rural, erótico, harina, ironía, iris.

/l/ lápiz, vela, laca, lanzado, pelo, alto, peral, celoso, cédula.

/ʎ/ lluvia, valla (pronunciado algo parecido a 'liuvia', 'valia').

/m/ mesa, cama, campo, mañana, tramo, trampa, miel, mancomunar.

/n/ nene, mono, antes, mañana, manco, nomeolvides, nómina.

/ɲ/ ñandú, uña, ñato, añicos, añorar, ñipa, ñoño, mañana, ñandú, peña.

DISGLOSIAS

La disglosia, llamada también dislalia orgánica, es un trastorno en la articulación de fonemas por alteración o daño de los órganos periféricos del habla. Se trata, por tanto, de un trastorno provocado por lesiones o malformaciones de los órganos articulatorios periféricos, y no de origen neurológico central. Se habla también de “las disglosias” cuando se quiere hacer mención a sus diferentes tipos o manifestaciones. Ingram, como se vio anteriormente, las incluye dentro de las disartrias (aquellas que obedecen a anomalías estructurales y no a afección neurológica). Perelló las clasifica dentro de los trastornos del habla, mientras que Gallardo y Gallego, dentro de los trastornos de la articulación.

Perelló y equipo dicen que las causas de las dislalias orgánicas pueden ser varias, ubicadas en diferentes órganos del habla, pudiendo presentarse solas o asociadas. Señalan las malformaciones congénitas, los trastornos del crecimiento, los traumatismos y sus consecuencias, las parálisis periféricas. Gallardo y Gallego nombran también las anomalías adquiridas debido a lesiones en la estructura oro facial o a extirpaciones quirúrgicas. Según la división anatómica de los órganos periféricos del habla, los autores describen los siguientes subtipos: labial, mandibular, dental (incluida a veces en la mandibular), lingual, palatina o palatal y nasal.

- La **disglosia labial** es el trastorno en la articulación de los fonemas por alteración de la forma, movilidad, fuerza o consistencia de los labios. Entre los factores asociados directos, se nombran el labio leporino, el frenillo labial superior hipertrófico, las fisuras del labio inferior, la parálisis facial, la macrostomía (alargamiento de la hendidura bucal, con malformaciones de la oreja), las heridas en los labios y la neuralgia del trigémino.
- La **disglosia mandibular** es el trastorno de la articulación de los fonemas por alteración de la forma de uno o ambos maxilares. Alteraciones orgánicas causales suelen ser la resección del maxilar superior o de la mandíbula inferior (operación a causa de heridas, accidentes, cáncer); la atresia de la mandíbula (que queda más pequeña por detención en su desarrollo); y la progenie (o mandíbula muy prominente).
- La **disglosia dental** es el trastorno en la articulación de los fonemas a causa de algunas anomalías dentarias. Entre los factores etiológicos, los autores aluden a desequilibrios hormonales, herencia, problemas de alimentación, falta de piezas dentarias, maloclusiones, ortodoncia y prótesis.

- La **disglosia lingual** es la alteración en la articulación de fonemas por un trastorno orgánico de la lengua.²² Los factores orgánicos etiológicos son la anquiloglosia o frenillo corto (poco frecuente y responsable sólo de algunos casos de rotacismo); parálisis unilateral o bilateral de la lengua; malformaciones (como la macroglosia o tamaño exagerado); y la glosectomía (pérdida de parte de la lengua por amputación u otras causas).
- La **disglosia palatina** o **palatal** es la alteración de la articulación de los fonemas causadas por trastornos orgánicos del paladar óseo y del velo del paladar. Entre los factores causales se mencionan la fisura palatina (Perelló le dedica 50 páginas!); la fisura submucosa del paladar (muy rara: el paladar óseo no se ha unido en la línea media, pero sí la mucosa que lo recubre); el paladar ojival, el paladar corto, el velo del paladar largo, la ausencia de pilares, úvula bífida y otros.
- La **disglosia nasal** es la alteración en la producción de sonidos del habla por algún proceso patológico que afecta las fosas nasales y su resonancia. En las etiologías se citan la rinolalia cerrada o hipo-rinolalia (los fonemas nasales se alteran en forma de /b/ o /d/ y también la resonancia de las vocales, a causa de adenoides, pólipos y otros factores); la rinolalia mixta, producida por insuficiencia velar; y la cirugía nasal.²³

El tratamiento de las diferentes disglosias está muy relacionado con la alteración orgánica a su base. El trabajo del especialista en los trastornos del habla debe darse en conjunto o paralelamente a la intervención del médico o profesional indicado. Como las causas son variadas, el tipo de intervención debe ajustarse necesariamente a ellas: quirúrgico, plástico, farmacológico, foniátrico, ortodoncia..., lo que posibilitará la labor del fonoaudiólogo y educador especial. A modo de ejemplo, la fisura del paladar (para la cual hay tanto explicaciones endógenas, como exógenas) produce una serie de trastornos articulatorios. Gallardo y Gallego, basados en el trabajo de diferentes expertos y en su propia experiencia profesional, nombran los más frecuentes. Para las disglosias, los mismos autores citan - aparte de los factores directos, como labio leporino, fisura palatina, etc.- posibles factores indirectos: privación sociocultural, hipoacusia y deficiencia intelectual. También señalan para los diferentes tipos de disglosias (labiales, dentales, linguales, palatales...) si es aconsejable la intervención quirúrgica, a qué edad debe llevarse a cabo, y las características de la intervención logopédica o fonoaudiológica.

En otras palabras, tan pronto como el niño es capaz de controlar los órganos articulatorios como resultado de la intervención quirúrgica, farmacológica, electroterapia, masajes, cirugía maxilofacial, ortodoncia, etc., según corresponda, podrá ejercitar las posiciones correctas que recomienda el logopeda, como ocurre con las dislalias funcionales. Se evaluará también, como se explicó antes, la necesidad de intervención indirecta junto a la directa.

²² Perelló destaca cómo la rapidez, exactitud y sincronismo de los movimientos de la lengua son de extraordinaria importancia para la articulación: "No en balde a un modo de hablar, a un idioma, se le llama lengua".

²³ Se llama rinolalia abierta o rinofonía o hiper-rinolalia al paso audible de aire a través de la nariz y en un tiempo inapropiado (Perelló).

TRASTORNO FONOLÓGICO

Una contribución teórica y práctica en el país, de gran importancia en el área, la han hecho Pavez, Maggiolo y Coloma (2008) por medio del Test para evaluar procesos de simplificación fonológica TEPROSIF-R (Test de Evaluación de Procesos de Simplificación Fonológica versión Revisada (TEPROSIF-R), que tiene como objetivos identificar los procesos con que los niños de 3 a 6 años simplifican la producción fonológica de sus palabras y entregar normas para establecer si la cantidad de procesos que presentan corresponde a lo esperable para su edad.²⁴ El test consta de 37 ítemes correspondientes a palabras de distinta metría (monosílabos, bisílabos, trisílabos...), acentuación (agudos, graves, esdrújulos), complejidad silábica (estructuras CV, VV, CVC, CCV, CCVC, CVVC). Ejemplos de ítemes son tren, pantalón, refrigerador, auto, plancha, rueda, helicóptero...La prueba, explican las autoras, se sustenta en la teoría de la Fonología Natural. Este enfoque propone que el niño, al escuchar la palabra proporcionada por el adulto, e intentar reproducirla, la emite simplificada fonológicamente: “jirafa”, “globo” se transforman en “fafa”, “bobo”. En los niños pequeños son frecuentes las omisiones de la coda silábica, como en /sáto/ por “salto” y las reducciones de los inicios complejos, como en /páto/ por “plato”.

Según la teoría, que adoptan las autoras, el desarrollo fonológico, además de la adquisición de fonemas, consiste en la eliminación paulatina de los procesos de simplificación fonológica (PSF), hasta que se emite la palabra igual al modelo adulto. El trastorno fonológico se caracteriza porque los menores presentan dificultad con la estructura fonológica de las palabras y por ello las simplifican (de modo que impresionan como niños de menor edad), sin embargo, pueden articular bien aisladamente los fonemas. De acuerdo a la teoría de la Fonología Natural, estos niños conservan procesos de simplificación en edades en que ya deberían haberlos eliminado. Esta perspectiva teórica ha contribuido a precisar la existencia de trastornos fonológicos como entidades diferentes de los problemas fonéticos y articulatorios.

- Los problemas **fonológicos** implican algún tipo de dificultad para almacenar, representar y/o recuperar la información acerca de la organización de los fonemas en la palabra.
- Los problemas **fonéticos** afectan la producción de uno o más fonemas que no son articulados adecuadamente: la emisión es siempre la misma y ocurre en todo tipo de tareas lingüísticas.

La teoría distingue tres tipos de PSF: 1. relacionados con la estructura de la sílaba y palabra; 2. de sustitución y 3. de asimilación.²⁵ Cada uno de estos tipos de procesos aparece

²⁴ El TEPROSIF-R, publicado en la colección APRENDIZAJE de Ediciones Universidad Católica de Chile, consta de un manual de aplicación y un set de láminas. Su versión anterior, TEPROSIF (2000), ha sido recomendada en los decretos 192 (1997) y 1.300 (2002) del MINEDUC, y es utilizada en todas las escuelas especiales de lenguaje del país. Las características psicométricas y datos relativos a la estandarización se pueden encontrar en el manual del test.

²⁵ Bosch (1984) se refiere a tres enfoques principales dentro de los numerosos estudios realizados por autores ingleses y norteamericanos en el desarrollo fonológico:

cuidadosamente definido en el Manual de Aplicación con numerosos ejemplos, y con una tabla síntesis para cada uno de ellos.

- Los relacionados con la estructura son procedimientos mediante los cuales el niño simplifica las sílabas tendiendo a transformarlas en estructuras del tipo consonante + vocal (CV) o simplifica la estructura métrica o rítmica de la palabra para facilitar su emisión. Las autoras describen 8 tipos diferentes. Entre ellos:

Reducción de grupo consonántico:	/tren/	►	/t_en/
Reducción de diptongo:	/puénte/	►	/p_énte/
Omisión de consonante trabante o coda silábica:	/pantalón/	►	/pa_talón/

- Lo de asimilación son procedimientos mediante los cuales se cambia un fonema para hacerlo igual o semejante a otro presente en la palabra modelo o en la emitida por el niño. Describen 9 variedades. Entre ellas,

Asimilación idéntica:	/bufánda/	►	/bubánda/
Asimilación por semejanza labial:	/plátano/	►	/plátamo/
Asimilación por semejanza dental:	/maripósa/	►	/madipósa/

- Los de sustitución son procedimientos para simplificar la palabra, donde se sustituyen fonemas pertenecientes a una clase, por miembros de otra clase, o fonemas de una misma clase entre sí, como ocurre en los líquidos (/l/ y /r/) y en los fricativos. Se considera que existe sustitución sólo cuando el cambio de un fonema por otro no es explicable por asimilación. En el manual se describen 16 tipos o variedades. A modo de ejemplo:

Procesos que afectan a fonemas que traban la sílaba (coda): ej. aspiración de fonema trabante de sílaba:	/dúlse/	►	/dúhse/
Procesos según zona de articulación: ejemplo frontalización (de palatales y	/guánte/	►	/buánte/

1. Estudios estadísticos, como los de Templin, Poole y otros, que describieron los sonidos que un porcentaje significativo de niños ya tiene logrados en una determinada edad. Sus tablas de secuencias por edad constituyen puntos de referencia importantes para los terapeutas del lenguaje.

2. Trabajos de índole teórico-lingüísticos cuya unidad de análisis está en los rasgos distintivos de los fonemas, en la línea de Jakobson: la adquisición de fonemas es vista en función de la adquisición de contrastes entre rasgos distintivos.

3. Trabajos que ponen énfasis en la identificación de los procesos fonológicos que actúan simplificando el habla en las producciones verbales infantiles (procesos relativos a la estructura silábica, asimilatorios y sustitutorios), en la línea de Ingram.

Bosch, L. "El desarrollo fonológico infantil: una prueba para su evaluación". En M. Siguán: "Estudios sobre psicología del lenguaje infantil". Pirámide, Madrid, 1984.

velares):

Procesos según modo de articulación: /puénte/ ► /fuénte/
ejemplo. fricativización de oclusivos o
africados:

El test posee una hoja de respuestas y también una hoja de análisis que el examinador utiliza como apoyo para decidir acerca del tipo de proceso de simplificación usado por el niño. Se exponen con gran detalle los criterios de corrección.

No se trata de una prueba de repetición de palabras dichas por el examinador o de imitación directa: el niño debe completar pequeños enunciados con la palabra ilustrada en la lámina, lo que lo obliga a “programar” la respuesta, incluyéndose el ítem en un contexto visual y lingüístico significativo.²⁶

EDAD	NIVELES DE DESEMPEÑO		
	NORMAL	RIESGO	DÉFICIT
3.0 - 3.11	0 a 42	43 a 57	58 o más
4.0 - 4.11	0 a 23	24 a 33	34 o más
5.0 - 5.11	0 a 14	15 a 21	22 o más
6.0 - 6.11	0 a 10	11 a 15	16 o más

Fig. 13.8. Niveles de desempeño para cada rango de edad, medidos por el número de procesos de simplificación fonológica en la aplicación del TEPROSIF-R. El número de procesos disminuye con la edad.

Si bien siempre se debe aplicar el test completo (37 ítems), el examinador puede llevar a cabo un “barrido inicial” con los primeros 15 ítems. Hay varias tablas con normas. A fin de que el lector se forme una idea de los niveles de desempeño por edad con la prueba total, se muestra en la fig. 13.8 parte de la tabla que aparece en el test: se omite la información relativa a promedios y desviaciones estándar. Ahí se puede observar claramente cómo los procesos de simplificación fonológica disminuyen con la edad, cómo es normal que en cada edad existan algunos de tales procesos y cuándo el niño está en riesgo de presentar trastorno fonológico o ya resulta claro que lo presenta.

Se trata, en consecuencia, de una prueba muy bien diseñada, válida y confiable. Para la obtención de normas se aplicó a más de 600 niños y niñas. Un capítulo especial está dedicado al análisis estadístico.

²⁶ Ejemplo: Lámina n° 12:

- Aquí hay un dinosaurio.-

En el agua está el _____.

TRASTORNOS DE LA ARTICULACIÓN Y EXPRESIÓN DEL HABLA

DISARTRIAS

Disartria, explica Crystal, es el nombre que se da

- a una serie de trastornos motores del habla,
- que surgen como resultado de un daño en el sistema nervioso,
- y que se manifiestan por dificultades neuromusculares.

Perelló et al. (1970, 1990) afirman que para que la secuencia del habla se realice de manera correcta, se hace necesaria la acción coordinada de todo un conjunto de estructuras que gobiernan la respiración, la fonación y la articulación:

“El acto fonético se produce gracias a la acción de los nervios craneales V, VII, IX, X, XI y XII, y pares raquídeos cérvico-dorsales. Gracias a la innervación periférica es posible la acción de los músculos articulatorios. Pero para que esta acción sea correcta, estos músculos deben actuar con una coordinación de milésimas de segundo. Exigen, pues, una actividad cerebral que organice estas actuaciones musculares, elabore los ‘patterns’ y cuide su correcta realización.

La expresión del lenguaje se verá alterada por una lesión de los nervios periféricos o de sus núcleos motores, por un fallo en la organización, clasificación y retención de los ‘patterns’, o bien por la incorrecta realización de estos patrones fonéticos.

Si los músculos fonatorios presentan una alteración de su tono muscular, tienen movimientos anormales involuntarios o existe una interrupción de la orden cerebral, el habla se verá alterada, no será posible o bien será ininteligible”.

En consecuencia, para estos investigadores la disartria es toda alteración de la articulación y expresión del habla que obedece a trastornos del tono y movimiento de los músculos fonatorios, secundarios a lesiones del sistema nervioso central o a enfermedades de los nervios o músculos de la lengua, faringe y laringe, responsables del habla. Dice Crystal (1983) que puede resultar afectado cualquier aspecto de la producción, dependiendo de dónde ocurra la lesión: si en el SNC o en el periférico. Puede haber problemas de respiración, fonación, articulación, o prosodia. También pueden verse alteradas otras actividades en las que intervienen los órganos vocales, tales como mascar, tragar, sonreír, toser, estornudar.

Lenneberg en su clásica obra “Fundamentos biológicos del lenguaje” (1975) establece una comparación con la afasia (que revisaremos más adelante) y afirma que mientras la afasia se refiere fundamentalmente a contenido, la disartria se refiere exclusivamente a la forma de producción. Observa también que es muy común encontrar afasia sin disartria y, más frecuente aún, disartria sin afasia. Ahonda en el tema haciendo referencia a las diferentes formas que puede asumir el trastorno. Así, a modo de ejemplo, la disartria causada por lesiones corticales “tiende a producir un habla que recuerda a alguien hablando con una patata caliente en la boca”. Las lesiones inferiores, por su parte, producen interferencias con

los procesos articulatorios, siendo los más comunes las alteraciones de la velocidad. En la literatura especializada aparece con frecuencia el término anartria. Este hace referencia a la ausencia total de articulación debido a insuficiencia neuromuscular. Corresponde al extremo más severo de la disartria. Según Crystal es poco frecuente, en comparación “con los diversos grados de insuficiencia parcial que van de medio a severo”. La disartria o ‘las disartrias’ se suelen clasificar según la localización de las lesiones en el sistema nervioso. Gallardo y Gallego describen varios tipos en su manual de logopedia escolar. Resumimos en parte sus ideas:²⁷

- **Disartria espástica:** la afectación se produce a nivel de la neurona motriz superior.

Algunas características:

- Debilidad y espasticidad en un lado del cuerpo, en los músculos distales de las extremidades, la lengua y los labios.
- Exaltación de los reflejos y presencia de reflejos patológicos.
- Asociación a otras patologías (encefalitis, esclerosis múltiple, traumatismos craneales).
- No hay atrofia de fibras musculares.
- Frecuente alteración del control emocional.
- **Implicaciones en la producción oral:**
 - Disfunción articulatoria.
 - Emisión de frases cortas.
 - Voz ronca.
 - Tono bajo y monótono.
 - Lentitud en el habla.
 - En ocasiones, interrupciones tonales o de la respiración.
 - Articulación consonántica poco precisa y, a veces, distorsiones vocálicas.
- **Disartria atáxica:** la afectación ocurre en el cerebelo. Este órgano regula la fuerza, velocidad, duración y dirección de los movimientos ocasionados en otros sistemas

²⁷ Véase al respecto lo que se describió en el cap. 9 sobre la parálisis cerebral por la relación existente entre sus variedades y algunos de los tipos de disartria.

El manual de logopedia de Gallardo Ruiz y Gallego Ortega (1995) dedica todo un capítulo (el XIX) a las alteraciones del lenguaje en el niño con parálisis cerebral. Junto con referirse al desarrollo del lenguaje en tales niños (se trata de niños disártricos), describe algunos trastornos asociados (crisis epilépticas, alteraciones sensoriales, emocionales, relacionales, intelectuales, lingüísticas), la etiología y clasificación de la PCI.

La segunda parte del capítulo trae las estrategias de evaluación, la intervención logopédica -que exige una labor cooperativa-, y los sistemas aumentativos y/o alternativos de comunicación.

motores. La afectación del habla suele ocurrir simultánea a lesiones cerebelosas bilaterales o generalizadas.

Algunas características:

- Movimientos imprecisos: su dirección, duración e intensidad son lentos e inapropiados en la fuerza.
- Posible irregularidad de los movimientos oculares.
- Disfunción faríngea.
- Alteraciones de la marcha y el equilibrio.
- Hipotonía de los músculos afectados.²⁸
- **Implicaciones en la producción oral:**
 - Voz áspera y monótona.
 - Voz débil y vacilante, con escasas variaciones en intensidad.
 - Indefinición consonántica y distorsión vocálica.
 - Alteraciones prosódicas por énfasis en determinadas sílabas y prolongación de fonemas.

²⁸ La hipotonía es un trastorno del tono muscular que consiste en una anormal disminución de él, permanente. Se pone de manifiesto en un aumento de la pasividad muscular, en una disminución de la resistencia al estiramiento. El músculo tiene una consistencia flácida, fofa.

La hipertonía, en cambio, consiste en aumentos del tono que se ponen de manifiesto tanto en reposo como en actividad. Perelló et al. describen 3 tipos:

1. La espasticidad es un aumento del tono muscular con características y distribución bien definidas: es de tipo elástico (si se tracciona un músculo y se suelta, vuelve a su posición original); afecta a músculos cuya acción tiene determinado signo y no a sus contrarios, es decir, afecta a flexores o a extensores, pero no a ambos: los músculos antagonistas a los espásticos suelen estar hipotónicos. La espasticidad se exagera con las emociones, con la tensión psíquica, al tratar de realizar bien un movimiento, con el esfuerzo y con el desequilibrio.

2. La rigidez también es un aumento permanente del tono. A diferencia de la espasticidad, que se circunscribe generalmente a los músculos de una acción determinada, tiene una distribución más global. Afecta tanto a agonistas como a antagonistas. El músculo espástico tiene una reacción elástica al estiramiento: en el rígido la resistencia se mantiene igual y no hay tendencia a volver a la posición inicial. Se le llama también, por eso, hipertonía plástica o cérea. Da lugar a hipocinesia (disminución del movimiento), bradicinesia (lentitud de movimiento) e hipomimia o amimia (disminución o pérdida de la expresividad por gestos). Se influye poco por las emociones, el desequilibrio, etc.

3. La tensión se caracteriza por ser una hipertonía variable, que aparece y desaparece, incluso en la misma sesión exploratoria. Las emociones, la atención, el desequilibrio, el esfuerzo, etc., hacen aparecer la tensión o bien la exageran, muchas veces de manera más intensa que lo que ocurre con el músculo espástico.

- **Disartria flácida:** la lesión está localizada en la neurona motriz inferior.

Algunas características:

- Flacidez y parálisis con disminución de reflejos musculares.
- Alteración del movimiento voluntario, automático y reflejo.
- Atrofia de fibras musculares.
- Debilidad durante el ejercicio (en especial, musculatura ocular, cuello, cintura escapular).
- Deglución dificultosa.
- Afectación de la lengua, de los movimientos del paladar y posible afectación de la musculatura respiratoria.
- **Implicaciones en la producción oral:**
 - Voz ronca y poco intensa.
 - Monotonía.
 - Hipernasalidad.
 - Debilidad de cuerdas vocales, paladar y laringe.
 - Articulación consonántica distorsionada.
 - Respiración jadeante.
 - Alteración prosódica.
- **Disartrias por lesiones en el sistema extrapiramidal** Entre las funciones del sistema extrapiramidal están las que tienen que ver con la regulación del tono muscular en reposo y de los músculos antagonistas cuando hay movimiento; la regulación de los movimientos automáticos y la adecuación entre la mímica facial y las sincinesias ópticas. Gallardo y Gallego explican que las lesiones en el sistema extrapiramidal pueden ocasionar dos tipos de disartria:

A.Hipocinéticas: muy típica en la enfermedad de Parkinson.

Algunas características:

- Movimientos lentos, limitados y rígidos.
- Hipoquinesia.
- Movimientos repetitivos en los músculos del habla.
- Falta de flexibilidad y control de los centros faríngeos.
- Implicaciones en la producción oral:
 - Voz débil, articulación defectuosa, falta de inflexión.
 - Frases cortas.

- Monotonía tonal.
- Imprecisión articulatoria.
- Variabilidad en el ritmo articulatorio.

B.Hipercinéticas: caracterizadas por la presencia de movimientos involuntarios y excesivos, que entorpecen los movimientos normales voluntarios.

Algunas características

- Movimientos anormales involuntarios: coreicos y/o atetósicos, temblores, distonía...²⁹
- **Implicaciones en la producción oral:**
 - Distorsión de vocales y alteración prosódica.
 - Articulación imprecisa de fonemas.

²⁹ Las hipertonías e hipotonías, como ya se explicó, son alteraciones del tono muscular. Se trata de síndromes centrales (que deben distinguirse de cuadros periféricos). También son alteraciones del tono las distonías y espasmos, que consisten en el aumento paroxístico del tono de un grupo de músculos: cuando aparecen de forma brusca se les denomina espasmos. Pueden afectar, explica Perelló, todos los músculos, los de la cara y labios, lengua, glotis, diafragma, laringe. El autor, también dentro de los síndromes centrales, describe los siguientes trastornos del movimiento (con detalle de su etiología y de las enfermedades con que cursan) :

- movimientos anormales involuntarios: aparecen espontáneamente.
 - coreicos: bruscos, breves, irregulares, desordenados: afectan la cara, lengua, labios, extremidades...
 - atetósicos: lentos, repetitivos, serpenteados: se aprecian en dedos de las mano y pies, cara, labios, lengua; aparecen especialmente al mantener la postura.
 - paresias y parálisis: disminución de la fuerza muscular voluntaria y pérdida completa de ella.
 - sincinesias: son una manifestación de la organización anómala de la motricidad. En la sincinesia global, al realizar un esfuerzo en cualquier parte del cuerpo, aumenta globalmente la hipertonía. En la sincinesia de coordinación se hace imposible contraer aisladamente un músculo sin que aparezca la contracción de otros músculos. Es decir, junto al movimiento deseado, se realizan otros movimientos asociados.
- El "Manual para el examen psicológico del niño" de René Zazzo (Edit. Kapelusz) trae 3 pruebas de sincinesias: una prueba de movilidad facial, otra de motricidad digital y un test de sincinesias de los miembros superiores.
- ataxia, distaxia: es la torpeza en la coordinación del trabajo en equipo de varios músculos para llevar a cabo un movimiento armónico adaptado a una finalidad. Normalmente la realización de un movimiento, por elemental que sea, comporta una acción conjunta de varios músculos que cooperan con el agonista. (Perelló describe los tipos de trastornos que producen ataxia). Es sinónimo de incoordinación.
 - apraxia, dispraxia (ver texto).

- Alteraciones respiratorias y de fonación.
- Tono monótono.
- Inspiraciones audibles y temblor en la voz.

En relación con el tema de las disartrias y las afasias, los autores tocan el de la dispraxia verbal, dispraxia del habla o dispraxia articulatoria. Consiste, según Crystal, en la disrupción de la capacidad para controlar la posición de los músculos para hablar, y en la secuencia en que debe hacerse. No hay daño o anomalía estructural importante en el sistema nervioso o músculos. Apraxia se refiere a la disrupción total de la actividad en cuestión, siendo poco frecuente. Dispraxia se refiere a una disrupción parcial. Es el término que se emplea, por lo general. Los términos apraxia y dispraxia se utilizan en un sentido más amplio que el referido específicamente al habla y la articulación. Como explica Crystal, en su sentido más general se refieren a la disrupción de la capacidad para producir una respuesta motora con finalidad. El paciente sabe lo que quiere hacer, pero carece de control sobre las actividades musculares necesarias para llevar a cabo la actividad deseada (por ejemplo, la actividad de vestirse). Sin embargo, las actividades involuntarias que utilizan los mismos músculos no están afectadas.

La apraxia, dice Cairo Valcárcel (1989),³⁰ se caracteriza por:

- La pérdida de la capacidad adquirida para la realización de acciones motoras intencionadas.
- Sin signos evidentes que muestren la presencia de una paresia central o trastornos de la coordinación de movimientos (trastornos paralíticos, atáxicos, etc.).
- En una persona que posee pleno conocimiento de la acción que ha de llevar a cabo.

Perelló sostiene que es el resultado de un fracaso de la actividad neurológica superior que elabora la corteza. El sujeto no es capaz de organizar el acto pese a que “puede hacerlo, por la indemnidad de los elementos que deben ejecutar la acción” y a pesar de que “sabe lo que quiere hacer”. Cairo Valcárcel describe varios tipos de apraxia. Entre ellas:

- **Constructiva:** es la incapacidad para construir un conjunto a partir de sus elementos componentes (armar una figura teniendo sus piezas).
- **Ideomotora:** el sujeto tiene conservado el plan de actividades a realizar, sin embargo falla manifiestamente en la ejecución de los gestos: llamar a alguien con la mano, gestos de peinarse, afeitarse, lavarse los dientes, fumar.
- **Ideatoria:** incapacidad para llevar a cabo las diferentes acciones sucesivas de un acto, generalmente complejo.
- **Motora:** incapacidad para llevar a cabo una actividad motora que requiere una secuencia determinada de acciones.

³⁰ Cairo Valcárcel, Eduardo: *Neuropsicología. Facultad de Psicología. Univ. de La Habana, Ministerio de Educación Superior. La Habana, 1989.*

- **Del vestirse:** al pedirle al sujeto que anude los cordones de los zapatos o se ponga la camisa, lleva a cabo una serie de intentos infructuosos y a veces irracionales.
- **Orofacial:** dificultad para ejecutar diversos movimientos voluntarios fino y regulares con la boca, la lengua y el rostro en general: silbar, sacar la lengua y ponerla en diferentes posiciones, mostrar los dientes, sonreír, hacer determinadas muecas, poner los labios en diferentes posturas...

Gallardo y Gallego se refieren a la dispraxia articulatoria del desarrollo³¹ como “una forma especial de disartria”. Crystal, quien hace un cuidadoso análisis de la dispraxia articulatoria, a la que incluye en su clasificación dentro de las patologías centrales, al comparar afasia (disfasia) con dispraxia, dice que “en la primera no se puede decir lo que se quiere, mientras en la segunda, no se puede hacer lo que se quiere”:

“Tan pronto como el paciente intenta construir un discurso al margen de las frases más automáticas, encuentra grandes dificultades de expresión. Su capacidad para repetir una secuencia de sonidos iguales es también muy reducida. Los errores que se cometen son muy inconsistentes...”.

Al comparar la sintomatología afásica con la dispráxica, observa que los problemas lingüísticos que aparecen en la dispraxia son identificables principalmente a nivel fonológico y no afectan otras modalidades. Para Crystal, la distinción teórica entre dispraxia y afasia expresiva en que la fonología ha resultado afectada, es que en esta última el sistema fonológico está perturbado en sí mismo (ausencia de fonemas o de las reglas que gobiernan sus combinaciones). En aquella, el sistema fonológico está intacto, pero el paciente es incapaz de controlar su empleo.

Desafortunadamente, dice el autor, la situación clínica es confusa ya que se ha utilizado a veces el término dispraxia para referirse a las anormalidades fonológicas de la afasia expresiva y en muchos pacientes no está claro si el sistema subyacente ha resultado afectado. De hecho, algunos teóricos ven la dispraxia como un síndrome específico de la afasia expresiva. Otros, en cambio, estiman que las diferencias cualitativas entre afasia y apraxia son lo suficientemente grandes como para justificar que sean consideradas síndromes distintos. Esta postura representa su punto de vista, según el cual se pueden encontrar pacientes que tienen:

- Síntomas afásicos (disfásicos) sin dispraxia:** hay alteración en aspectos de su fonología, gramática o semántica, pero la realización fonética de su limitado sistema es correcta, para su edad.
- Síntomas dispráxicos sin afasia:** sus sistemas fonológico, gramatical y semántico son correctos para su edad, pero los procesos que controlan la realización fonética de estos sistemas están alterados.
- Una combinación tanto de afasia como de dispraxia:** la posibilidad más común en adultos.

³¹ Crystal advierte acerca de los problemas teóricos que existen en el uso de expresiones como dispraxia del desarrollo y disfasia del desarrollo o evolutiva.

La categoría b es muy normal en niños, según el autor, y lleva consigo un conjunto de síntomas que pueden ir desde un nivel medio a severo. Asimismo Crystal compara dispraxia con disartria. Entre otras cuestiones, afirma:

“La diferencia más obvia es que (en la disartria) los músculos del tracto vocal están totalmente deteriorados en sus movimientos (cosa que no sucede en la dispraxia): un paciente disártrico tendrá considerables dificultades para mover la lengua alrededor de la boca, mientras que la lengua del dispráxico es bastante móvil (aunque no está necesariamente bajo su control)...

El disártrico no tiene dificultades, normalmente, para controlar sus órganos vocales, dentro de los límites de su capacidad muscular: por ejemplo, se esforzaría para imitar palabras cuando se le pidiese hacerlo, a diferencia del dispráxico que tendría grandes dificultades para organizarse con el fin de realizar esta tarea”.

Crystal concluye el punto diciendo que la diferencia entre dispraxia y disartria está muy clara, aunque advierte que “no debemos olvidar que ambos tipos de trastornos de producción pueden combinarse: caso del paciente que tiene problemas tanto con su capacidad para organizar los sonidos como para llevarlos a cabo”. Al tratamiento de cada tipo de disartria, así como a las disartrias en general, Perelló dedica varias páginas, en las que contempla los aspectos médicos, quirúrgicos, ejercicios de relajación, respiración, etc., según corresponda. La terapia del habla deberá contemplar las deficiencias particulares de cada tipo de paciente, así como la severidad del trastorno, cuya expresión más compleja la constituyen los casos de anartria, “verdadero desafío a la habilidad del logopeda”.

Para el niño con parálisis cerebral -que requiere una actuación cooperativa de profesionales a cargo de diferentes aspectos: neurológico, ortopédico, fisioterapéutico, psicológico escolar y logopédico- en lo que concierne a la intervención del lenguaje y del habla, Gallardo y Gallego abordan las siguientes dimensiones, que el lector puede examinar en su obra para formarse una visión más acabada:

- Relajación general.
- Control bucal, postural y de la alimentación.
- Respiración y fonación.
- Praxias bucolinguales.
- Articulación.
- Lenguaje oral.

TRASTORNOS DE LA VOZ Y LA RESONANCIA

Entre las patologías de la producción, Crystal incluye -junto a los trastornos de la articulación, de la fluidez y el ritmo- los trastornos de la voz. Perelló y asociados los tratan en un apartado especial, diferente al de los trastornos del habla (en este último incluyen la dislalia, disgllosia, disartria y la disfemia). Ingram, por su parte, los analiza en primer lugar, en el punto 1 de su clasificación. En la que hemos propuesto para este capítulo (fig.13.5), quedan incluidos en los trastornos del habla, por oposición a los del lenguaje.

La voz de cada persona tiene un sello tan particular, que permite se la identifique fácilmente a través de ella. Ello se debe a que su boca, faringe y estructuras adyacentes -si bien similares en sus rasgos esenciales a las de otras personas- acusan diferencias que se traducen en gamas de frecuencias de sonidos y timbres muy peculiares. La similitud es mayor, por cierto, a partir de los aspectos anatómicos mismos, entre familiares próximos, como padres e hijos, o hermanos (por lo que a veces incluso sus voces se confunden). Crystal destaca cómo las variaciones de nuestras voces comportan emociones (“voz de enfado”, “voz sarcástica”, etc.) o reflejan la personalidad (“voz juvenil”, “voz deprimida”, etc.).

La voz se produce en la laringe, porción modificada de la tráquea, al vibrar dos bandas elásticas, las cuerdas vocales, que entran en acción por la corriente espiratoria de aire de los pulmones: dicho proceso se conoce como fonación. La laringe, se explica en los tratados de fisiología humana, es semejante en muchos aspectos a un instrumento de viento, en el cual una corriente de aire se hace vibrar por las oscilaciones de una lengüeta elástica.³²

Sin embargo, mientras que el período de las vibraciones en el instrumento -y por tanto “la nota”- está determinado por la longitud del tubo que va unido a la boquilla, (e incluso por la longitud de esta misma), en la laringe la nota producida por el sople de aire es modificada parcialmente por alteraciones en la tensión de las cuerdas vocales, y en parte modificando la fuerza del sople de aire. Las cuerdas son un par de pliegues musculares ubicados desde un solo punto en la terminación anterior del cartílago tiroideos hasta las prolongaciones anteriores de los 2 cartílagos aritenoides. Sus bordes interiores tienen unos 23mm en el hombre y 18 en la mujer, precisa Crystal.³³ El espacio que queda entre ellos se denomina glotis, con unos 12mm de ancho, alcanzando su mayor dilatación cuando está totalmente abierta. Durante la respiración, las cuerdas están ampliamente separadas en su fijación a los cartílagos aritenoides, dando lugar a una abertura triangular de la glotis. En la fonación, las cuerdas se estiran dejando una abertura cuya forma depende de la nota que se emite (desde un orificio redondeado o una ranura muy fina).

³² Davson, Hugh & Eggleton, Grace: “Fisiología humana”. Aguilar, Madrid, 1968 y ediciones posteriores. Se puede encontrar una información muy completa -ilustrada con fotografías y gráficos- sobre el proceso de la fonación, de la producción de la voz y sus características; acerca del análisis del habla y de sus armónicos; sobre la espectrografía de la locución, etc.

³³ El autor realiza un detallado análisis de toda la fisiología del habla y de la anatomía de los órganos que intervienen, en el cap. 3 de su Patología del Lenguaje (Ediciones Cátedra, S.A.m Madrid, 1983). Nótese que la laringe cumple tanto funciones biológicas (actúa como válvula de cierre de los pulmones, evitando, por ejemplo, que una materia extraña se introduzca en la tráquea), como lingüísticas (producción de diferentes tipos de sonidos, dependiendo del modo de acción de las cuerdas vocales). La laringe está constituida por nueve cartílagos: el tiroides, el cricoides y el epiglótico. Los otros seis consisten en tres pares: los aritenoides, los corniculados y los cuneiformes. “Los cartílagos, explica Crystal, se conectan entre sí en uniones en torno a las cuales se mueven para responder a las presiones de los distintos músculos y ligamentos con los cuales están conectados. Es posible realizar un amplio abanico de movimientos, lo cual permite la ejecución de multitud de sonidos. Encima de la laringe se encuentra situado el hueso hioides, que actúa como base de la lengua y también está conectado con la laringe por varios músculos”.

Las alteraciones de la voz pueden ocurrir en cualquiera de sus características: intensidad, tono y timbre:

- La **intensidad** permite distinguir entre sonidos fuertes y débiles: es la mayor o menor fuerza espiratoria con que se emiten. En términos físicos corresponde a la amplitud de onda. Una voz puede ser, por ejemplo, desproporcionadamente fuerte o demasiado débil.
- El **tono** se relaciona con la altura musical del sonido y está determinado por la frecuencia de las vibraciones: a mayor número de vibraciones por unidad de tiempo, resulta más agudo. Una voz puede ser, por ejemplo, muy alta o “chillona”, o muy baja en el registro tonal, o tener un registro muy limitado (voz “monótona”).
- El **timbre** corresponde a los matices individuales y peculiares de la voz (muy semejante entre padres e hijos o hermanos) y depende de las características del “resonador”. Una voz puede ser, por ejemplo, excesivamente nasal o “gangosa”.

Se distingue entre trastornos de la fonación y de la resonancia. Este último criterio se traslapa, por cierto, con el anterior.

- Los trastornos de la fonación ocurren cuando algo interfiere en el funcionamiento normal de la laringe. Por ejemplo, en lugar del tipo esperado de efectos vocales, aparecen distorsiones como ronquera o temblores.
- Los de la resonancia se dan cuando hay interferencias en el funcionamiento de las cavidades adyacentes, tanto antes como después de la glotis, produciéndose timbres anormales (como el caso de la voz excesivamente nasal nombrado anteriormente).

Gallardo y Gallego (1995) enumeran varios factores que pueden estar a la base de las alteraciones, clasificándolos en anatómicos, fisiológicos, psicológicos y ambientales. Explican que alguno de ellos es, por lo general, el que determina la aparición de la alteración. Otros, en tanto, pueden contribuir a su mantención o agravamiento. Entre ellos:

- Enfermedades del aparato respiratorio: laringitis y bronquitis crónicas, asma, vegetaciones adenoideas³⁴, sinusitis, amigdalitis, etc.
- Malformaciones laríngeas.
- Intervenciones quirúrgicas y manipulaciones terapéuticas.
- Traumatismo laríngeo (en quien “grita sin parar”).
- Mal uso respiratorio y vocal (por ej., un exceso de presión subglótica produce fatiga vocal)
- Sustos, accidentes, abandonos...

³⁴ Adenoide: nombre genérico para la hipertrofia del tejido ganglionar que existe en la rinofaringe. Vegetación adenoidea: hipertrofia de las amígdalas faríngea y nasal y, sobre todo, de los folículos linfáticos de la parte posterior de las fosas nasales.

- Rasgos de personalidad o de comportamiento (un niño con un trastorno de exteriorización puede forzar continuamente la voz; otro, tímido e inhibido, puede desarrollar una voz débil y ronca).

A causa de la variedad e interrelación de factores en juego, no resulta fácil clasificar los trastornos de la voz. Entre otras cosas, explican los autores, no siempre está clara la relación entre lo orgánico y lo funcional. La mayoría de los investigadores suelen usar como criterio los factores etiológicos. Ellos optan por considerar simultáneamente tres aspectos: cuantitativo, topográfico o de localización, y etiológico.

CUANTITATIVO	LOCALIZACIÓN	ETIOLÓGICO
Afonías Disfonías	Laringofonías Rinofonías: - Abiertas. - Cerradas.	Orgánicas: - Congénitas. - Inflamatorias. - Traumáticas. Funcionales: - Hipercinéticas. - Hipocinéticas.

Fig. 13.9. Clasificación de las alteraciones de la voz. Tabla adaptada de Gallardo Ruiz y Gallego Ortega (1995) quienes integran 3 puntos de vista: cuantitativo, topográfico y etiológico.

Sintetizamos a continuación la explicación que dan estos autores para cada una de las alteraciones mencionadas en la clasificación:

- **Afonía:** pérdida total de la voz a causa de un estado inflamatorio agudo, un traumatismo, parálisis laríngeas, cuadros psíquicos histéricos... Poco frecuente en edad escolar.
- **Disfonía:** pérdida parcial de la fonación o alteración de la voz en cualquiera de sus cualidades, a causa de un trastorno orgánico o por su inadecuada utilización.

Las patologías que siguen se describen en relación a las disfonías, ya que la afonía es la pérdida total de la voz y no hay vibración de las cuerdas.

- **Laringofonías:** son disfonías localizadas en la laringe. Las más frecuentes en los niños son una mala impostación (por ej., voz de falsete); ronquera vocal (voz muy fuerte, sin timbre y demasiado grave, ocasionada por gritos excesivos); laringitis funcional (que puede seguir a estados inflamatorios supralaríngeos agravados por el abuso de la voz gritada: se puede enronquecer hasta llegar a la afonía); fonastenia (cansancio vocal o fatiga, a causa de una hipertrofia adenoidea, amígdalas hipertróficas, sinusitis y mala emisión vocal: voz débil, poco profunda, sin timbre).
- **Rinofonías:** alteraciones de la resonancia que consisten en la nasalización de la fonación: En las rinofonías abiertas, el aire escapa por la nariz durante la fonación (por fisura palatina o hipotonía del velo del paladar que no hace contacto con la parte posterior de la faringe): los fonemas orales sordos se nasalizan y en los sonoros hay un exceso de resonancia nasal. En las rinofonías cerradas, una obstrucción nasal (por vegetaciones adenoideas, tumores o pólipos nasales) impiden el paso del aire en los fonemas consonánticos nasales y alteran la resonancia de los fonemas sonoros. Son menos frecuentes.

- **Disfonías orgánicas:** causadas por lesiones en los órganos de la fonación. Las hay congénitas (por lesiones cerebrales, malformaciones, parálisis, factores endocrinos); inflamatorias (laringitis aguda, que produce una voz apagada con escape de aire; laringitis crónica, menos grave que la anterior, pero a causa del esfuerzo constante puede producir fonostenia); y traumáticas (lesiones por heridas, quemaduras, cirugía, radioterapia, etc.).
- **Disfonías funcionales:** **hipertónicas:** excesiva tensión de las cuerdas vocales durante la fonación. Se da en niños y personas que gritan constantemente hasta que las cuerdas acaban debilitándose; **hipotónicas:** las cuerdas no cierran la glotis por falta de tensión muscular: en personas apocadas o tímidas, con voz velada, poco intensa. Se asocian también a nódulos vocales y pólipos.

Crystal, por su parte, examina:

- 1) **los trastornos evolutivos:** por ejemplo, los cambios de voz en la pubertad, etapa en que se torna gradualmente más grave, pudiendo aparecer en algunos jóvenes una voz prepuberal con un efecto de falsete (puberfonía) y en niñas una voz grave y ronca (androfonía); analiza también los cambios que ocurren en la edad adulta y en la vejez.
- 2) **los trastornos orgánicos,** relacionados varios de ellos con diferentes anomalías: nódulos vocales, papilomas, úlceras de contacto, etc.³⁵
- 3) **los trastornos psicológicos,** que pueden expresarse en abuso vocal; o el caso de personalidades inmaduras que manifiestan también sus problemas en alteraciones de la voz, como las “afonías de conversión” en personas

³⁵ Los nódulos vocales son un minúsculo rosario de tejido fibroso benigno que aparece en los bordes de las cuerdas vocales, normalmente bilateral y simétrico, en la unión de los dos tercios medio o anterior. Explica Crystal que son resultado de una fricción excesiva entre las cuerdas, una reacción de irritación al trauma mecánico que supone un abuso de voz: han sido llamados “nódulos del cantante”, “del maestro” (!) o “del que grita”. Si tales nódulos continúan creciendo, se hacen más grandes y sólidos, dando a las cuerdas una apariencia de “reloj de arena”, a causa de las hinchazones de los lados. Las cuerdas no pueden juntarse, afectándose la posibilidad de vibración: el resultado es una ronquera acentuada, tensión y una voz irregular.

Puntualizan Gallardo y Gallego que la técnica vocal defectuosa y función forzada puede derivar también en la formación de un pólipo, que es un falso tumor benigno, consecuencia del esfuerzo vocal, laringitis crónica o inflamación consecutiva a un nódulo. La voz es sorda, ronca, con rupturas: se produce una disfonía progresiva que puede llegar a la afonía.

Los pólipos pueden formar, y consolidar, tumores más fibrosos (fibromas) y pequeñas inflamaciones llamadas papilomas.

Las úlceras de contacto, afirma el mismo Crystal, se forman como resultado de una aducción demasiado contundente de las cuerdas, produciéndose una voz muy intensa, de tono bajo, ronca o jadeante, con una cualidad explosiva.

histéricas: el paciente pierde el control normal de su musculatura a causa de la tensión emocional, siendo la voz símbolo de la tensión.

Gallardo y Gallego dedican doce páginas de su manual a las estrategias de evaluación y a las de intervención logopédica (fonoaudiológica) en las alteraciones de la voz. En lo que concierne a las estrategias de evaluación, aparte de la anamnesis -importante para reunir antecedentes relativos a los problemas de la voz- sugieren los pasos a dar por el especialista en la exploración funcional de la respiración, de la fonación y de ciertos aspectos motores (la comprobación, por ejemplo, de si existe esfuerzo laríngeo, que se manifiesta por la hinchazón del cuello o de las venas y a través de la elevación o descenso de la laringe).

La intervención apunta fundamentalmente a la educación de la respiración (si es el caso), a la eliminación de los esfuerzos laríngeos, y a la adaptación de las cavidades de resonancia al sonido emitido por la laringe. Con detalle los autores describen las técnicas de relajación más efectivas y la corrección de las alteraciones. Cada tipo (rinofonías, disfonías hipercinéticas o hipocinéticas, nódulos y pólipos, etc.) exige una determinada pauta de actividades (indirectas y directas) a fin de conseguir el efecto esperado. De especial interés para los propósitos de este manual resultan las recomendaciones para el hogar y la escuela. Entre las primeras, destacamos:

- Conseguir un ambiente relajado en la casa.
- Evitar situaciones de ruidos y gritos.
- Bajar el volumen de la tele, radio, etc., para posibilitar una conversación relajada y sin esfuerzos.
- Hablar siempre al niño pausadamente, con claridad e intensidad normal.
- No hablarle desde lejos, no llamarle desde otra habitación.
- Conseguir que el niño no grite: si lo hace, indicarle que se calle y vuelva a hablar con voz normal.
- Ayudarle a relajarse cuando esté forzando la voz.
- En los casos de voz débil, obligarle a que hable con más potencia.
- Cuidar los excesos vocales durante las enfermedades que afectan la voz (laringitis, resfriados, etc.).

En la situación escolar abundan los ambientes ruidosos (aulas, salones, amplios espacios para deportes, juegos), todo lo que obliga a subir la intensidad de la voz para poder hacerse oír. El profesor -a quien los autores caracterizan como “profesional de la voz”- debe conseguir que no se grite en clases, comenzando él mismo por dar el ejemplo.³⁶ Entre otras cosas, le recomiendan:

³⁶ José Ramón Gallardo Ruiz y José Luis Gallego Ortega redactaron el capítulo IV “Las alteraciones del lenguaje oral” en el libro “Necesidades educativas especiales” de Rafael Bautista (Aljibe, 1993), que citamos en el capítulo dedicado al aprendizaje y las necesidades educativas especiales.

- Hablar con una técnica que permita hacerlo sin forzar la voz, en forma clara, con una intensidad adecuada, y a la altura tonal que corresponda (tener la voz bien impostada).
- No interrumpir los ambientes ruidosos a gritos: los silencios, la voz susurrada, el mover la boca sin emitir fonación, los recursos distractivos (encender las luces, mirar hacia la ventana, etc.) suelen funcionar en clase, sobre todo con los más pequeños.
- Insistir en que el ambiente de trabajo no exige un silencio absoluto, pero sí que no se hable fuerte.
- Colocar al niño con alteraciones de la voz cerca del profesor para no tener que hablarle fuerte ni obligarlo a que tenga que hacerlo él.

TRASTORNOS DEL RITMO Y LA FLUIDEZ

Ritmo, siguiendo el diccionario de la RAE, es el “orden acompasado en la sucesión o acaecimiento de las cosas”. Referido al habla es definido como “proporción y armonía en la distribución de sonidos, acentos y pausas”. Otros diccionarios lo han descrito como “grata y armoniosa combinación de voces, pausas y cortes en el lenguaje”.³⁷ La fluidez, que se ve facilitada por el ritmo, tiene que ver con el grado de eficiencia, pericia, destreza o habilidad con que se lleva a cabo una actividad, en este caso, el habla.³⁸

Se han descrito dos grupos de problemas que afectan el ritmo y la fluidez normal del habla:

- La **disfemia** (o disfemias), tartamudez o tartamudeo (stuttering, stammering).³⁹ Se trata de un trastorno del ritmo (arritmia o disritmia) del habla -con bloqueos, tics, repeticiones o prolongaciones de sonidos- que dificultan la fluidez. También se le llama “espasmofemia”.

Por su parte, José Luis Gallego Ortega redactó el capítulo 8 “Dificultades de lenguaje oral: orientaciones para la intervención en el aula” en el libro “Bases psicopedagógicas de la educación especial” de María Ángeles Lou y Natividad López, que también citamos en ese capítulo.

A diferencia del manual de logopedia de los autores, dedicado a especialistas del habla y del lenguaje, estos dos capítulos (así como los dos libros que los incluyen) están escritos para profesores de aula regular y al servicio de las actividades de integración.

³⁷ Diccionario de la lengua española. Ediciones Castell. Barcelona, 1986.

³⁸ Fluidez tiene que ver con “fluido”. Dicho del lenguaje o del estilo, apunta el diccionario RAE (“lenguaje fluido”, “estilo fluido”), equivale a “corriente y fácil”.

³⁹ En Inglaterra se utiliza preferentemente el término stammering. En USA, stuttering. El sitio web de la British Stammering Association es www.stammering.org

El sitio de la Speech and Language Pathologist Association de USA es <Speech-LanguagePathologist.org> y en él se puede encontrar abundante información sobre stuttering.

- El **farfuleo** (cluttering). Trastorno en la fluidez y ritmo verbal, que se caracteriza por taquialia y falta de inteligibilidad. La persona habla demasiado rápido (taqui-lalia), lo que produce distorsiones en el ritmo y la articulación. El lenguaje es errático, confuso, disrímico, entrecortado y suele incluir patrones gramaticales erróneos.

Nos ocuparemos en primer lugar de la tartamudez, que acumula la mayor cantidad de los estudios llevados a cabo en el área de las alteraciones del ritmo y la fluidez. Se trata de un problema de tipo funcional, sin anomalías en los órganos de la fonación. Ha sido reconocida desde hace mucho tiempo como un síndrome en que se pueden dar -junto a las perturbaciones fonoarticulatorias- problemas emocionales y neurovegetativos. Ya se había hecho notar que en la espasmofemia podían ocurrir espasmos clónicos (repetición de una misma sílaba al comienzo o continuación de un enunciado) y tónicos (que se manifiestan en una inmovilización muscular que impide el habla y que cede saliendo la palabra de golpe).⁴⁰

Crystal, destacando la gran variabilidad que se da entre quienes presentan el cuadro, describe 7 rasgos principales, algunos de las cuales -en mayor o menor medida- lo presenta cada sujeto en particular:

1. Una cantidad anormal de repetición de segmentos, sílabas, palabras o frases, como en p-p-p-piso, el po-po-po-policía, creo que ha recibido un- recibido un- recibido un...
2. Obstrucciones del flujo de aire debidas a la tensión de la persona al prepararse para articular un sonido: el fenómeno se denomina "bloqueo", caracterizándose por espasmos faciales y muecas, movimientos repentinos de la cabeza, o de todo el cuerpo, gestos torpes...
3. Prolongaciones anormales de segmentos de sonidos, como en ffffff -fiel, donde la f inicial se produce como un único sonido alargado, y no con breves pausas que van intercaladas como en 1.
4. Introducción de palabras o sonidos extra con intensidad emocional en los puntos de dificultad: ah, oh.
5. Extraños patrones de acento en las palabras, y entonación y tempo anormales en las oraciones, debido principalmente al habla muy entrecortada y a la respiración irregular.
6. Palabras que se dejan sin terminar.

⁴⁰ A este respecto, Gallardo Ruíz y Gallego Ortega, explican que hay tres tipos de disfemia:

Disfemia clónica: caracterizada por la repetición convulsiva de una sílaba o grupo de sílabas durante la emisión de la frase. Disfemia tónica: caracterizada por una interrupción total del habla, produciéndose al final una salida repentina de la emisión. Disfemia mixta: clónico-tónica / tónico-clónica.

Relacionan el término inglés stuttering con la primera, y el de stammering con la segunda...

Por otra parte, hacen referencia a la "ley de clo-to" de Perelló, según la cual "la tartamudez se inicia con una fase clónica y pasa a ser tónica si no recibe un tratamiento adecuado".

7. Torpes circunloquios: el sujeto puede saber muy bien qué tipos de sonidos le plantean problemas y, por tanto, los mantiene alejados, algunas veces a sorprendente distancia: “y tumbado en el camino estaba uno de esos... .. animales que maúllan...”.

Citando a Herbert⁴¹, Gallardo y Gallego explican que la tartamudez es una alteración de aparición temprana y de evolución “extraordinariamente variable” según los sujetos:

“En algunos niños observamos ciertos titubeos y prolongaciones hacia los tres años; pero no todos los que manifiestan los primeros síntomas están condenados a tartamudear: se constata que cuatro de cada cinco niños que manifiestan signos de tartamudez evolucionan hacia un habla normal”.

Observan que, “como hacia los tres años se configuran las estructuras del idioma y el lenguaje sigue su progresiva organización”, estas manifestaciones de tartamudeo tienen que ser vistas como normales, debiendo evitarse los intentos de corrección “que no producirán más que situaciones de angustia y ansiedad en los niños y niñas”. Crystal, por su parte, advierte que los padres que llaman la atención y corrigen a sus niños la falta de fluidez mientras están adquiriendo el lenguaje, están echando las bases para que en el futuro aparezca un problema de tartamudeo más serio:

“Llamar la atención hacia ello y calificarlo de error constituye seguramente una amenaza para la confianza que el niño tiene en su propia capacidad para emplear el lenguaje”.

Ingram se refiere en el punto 2 de su clasificación a las “disritmias del habla” y dedica un apartado al “tartamudeo evolutivo temporal”. Estima que sólo el 1% de la población presentará más adelante un tartamudeo persistente, ya que la mayor parte de los sujetos que presenta el cuadro cae en la categoría de “remitentes”.⁴²

El mismo Crystal, aparte de confirmar que el tartamudeo varía enormemente de persona a persona, señala que también varía de situación en situación. Es decir, es importante tener en cuenta el contexto. El clínico debe, por tanto, identificar las situaciones que le provocan mayor ansiedad al sujeto, e idear programas de tratamiento que le permitan enfrentarlas. Con este propósito, se utilizan cuestionarios que ayudan a verificar bajo qué condiciones el tartamudeo se hace más severo y en cuáles el habla resulta más fluida. El autor sugiere

⁴¹ Hérbert, R.: “Tartamudez, farfalleo, trastornos de la articulación y trastornos de la voz”. En J. Rondal y X. Seron (eds.): “Trastornos del lenguaje. II”. Paidós. Barcelona, 1988.

⁴² Perelló et al. (1970) explican que la tartamudez se encuentra en todos los pueblos y en todas las partes del mundo. En su lista de “disfémicos célebres” se cuentan, entre otros, Moisés, Esopo, Demóstenes, Virgilio, Erasmo de Rotterdam, Carlos I de España, Darwin, Somerset Maugham, Anatole France, San Carlos de Borromeo, Torcuato Tasso, Jorge VI de Inglaterra, Lewis Carrol, Marilyn Monroe... y varios otros artistas, políticos, poetas y escritores, reyes y emperadores, filósofos, matemáticos, teólogos y... ¡foniatras!. El caso de Jorge VI dio origen a la ingeniosa película “El discurso del rey” (2010) con Colin Firth, como el rey, y Geoffrey Rush como su fonoaudiólogo o terapeuta.

Los autores entregan una gran cantidad de datos estadísticos de varios países relativos a una serie de variables: frecuencia del tartamudeo, edad de comienzo, desarrollo y diferencias por sexo.

algunos ítems de una escala V-F en que el sujeto debe reaccionar frente a afirmaciones del tipo

- Considero fácil hablar con casi todo el mundo.
- Es difícil hablar con una persona como mi profesor o mi jefe.
- Etc.

Gallardo y Gallego, con esta misma inquietud, proponen una escala de la valoración de la dimensión psicosocial de tartamudez, con ítems referidos a 3 aspectos fundamentales sobre los cuales el sujeto debe pronunciarse (siempre - frecuentemente - a veces - nunca). Los 3 aspectos, con algunos ítems que citamos a modo de ejemplo, son:

1. AUTOOBSERVACIÓN de respuestas verbales:

- Disminuye el habla disfémica cuando leo.
- Disminuye el habla disfémica cuando hablo por teléfono.
- La dificultad es mayor en las primeras palabras de la frase.

2. AUTOIMAGEN conversacional:

- La gente está incómoda cuando hablo.
- Los demás evitan hablar conmigo.
- Mis opiniones no se tienen en cuenta.

3. AUTOCONDUCTA emotivo-verbal:

- Me cuesta trabajo hablar con desconocidos.
- Me pongo nervioso cuando hablo.
- Rehúyo hablar en público.

En cuanto a etiología, no hay consenso, por lo que coexisten diferentes teorías explicativas. Los estudiosos prefieren hablar de una etiología multifactorial. Hay teorías marcadamente orgánicas y otras psicógenas. Dadas las características de la disfemia, ninguno de estos dos grupos de factores puede ignorarse. Es razonable suponer en algunas personas una predisposición genética o física a tartamudear que, como explica Crystal, “aflora” cuando el ambiente es tenso o adverso. Por otra parte, no deja de ser curioso el hecho de que la mayoría de los tartamudos son varones.⁴³ Los autores que hemos estado citando (y Perelló lo hace con minuciosidad) se han ocupado de las diferentes teorías explicativas.

⁴³ Perelló cita autores que dan una relación 10:1 y, en otros casos, algo inferiores. La diferencia es más pequeña en niños que en adultos. Algunos autores estiman que el 1% de la población total de USA presenta disfemia. Otros investigadores señalan que el 60% de la disfemia se desarrolla entre los 3 y 5 años.

Dentro de las explicaciones biológicas se han barajado hipótesis relativas a una dominancia cerebral mal establecida (lo que se haría evidente, según se creyó desde muy antiguo, en la zurdera contrariada); explicaciones basadas en un trastorno de los sujetos en la estructuración témporo-espacial y defectos en los mecanismos de feedback auditivo; razones bioquímicas relacionadas con la transmisión de los impulsos; desarmonías evolutivas, etc. Las explicaciones psicológicas siempre han jugado un rol importante en el campo de las disfonemias. Los autores que se ocupan del tema hacen referencia a interpretaciones de corte psicoanalítico (relaciones objetales tempranas); a ciertos tipos de personalidad especialmente propensos al desarrollo de neurosis, con sintomatología específica en el área del lenguaje; a teorías sobre ansiedad que obedece a causas como sobreprotección materna, o mal manejo por parte de los adultos del tartamudeo primario, el efecto de las burlas, etc. Otros representantes del enfoque psicológico explican la conducta de tartamudear como consecuencia de un conflicto aproximación-evitación.⁴⁴ Los teóricos del aprendizaje han puesto énfasis en la adquisición de ansiedad condicionada clásicamente a determinadas situaciones sociales y los efectos del condicionamiento operante. En esta línea conductista, Gallardo y Gallego citan a la psicóloga española Jorquera⁴⁵ quien expone el esquema evolutivo y conductual del tartamudeo, que contempla los siguientes pasos:

1. Falta de fluidez verbal (niño de 3-5 años).
2. Contingencias ambientales (atención, ayuda, castigo...).
3. Persistencia y/o aumento de la conducta de tartamudeo.
4. Percepción del tartamudeo por el propio sujeto.
5. Ansiedad anticipatoria mayor desorganización de la conducta verbal.
6. Generalización a toda situación verbal/social.
7. Aislamiento, evitación social, no comunicación.

⁴⁴ El conflicto que se le plantea al sujeto es si hablará o no hablará; tomará contacto con la otra persona o no lo hará (aproximación-evitación).

La psicología social describió desde muy antiguo tres tipos de conflictos:

1 Aproximación-aproximación: al sujeto lo atraen dos metas al mismo tiempo (o tiene dos necesidades, cada una con una meta positiva): ir a un "carrete" o ver el partido en cuartos de final de su tenista favorito.

2 Evitación-evitación: se halla atrapado entre dos amenazas, temores o situaciones que le desagradan, es decir, está "entre la espada y la pared" (está bajo el influjo de dos metas negativas): estudiar todos los fines de semana o arriesgarse a reprobar el curso.

3 Aproximación-evitación: lo atrae una meta que lleva en sí una amenaza o que atrae y repele a la vez (positiva y negativa al mismo tiempo): está perdidamente enamorada...de un alcohólico. Se manifiesta también en el típico conflicto entre necesidad de logro y temor a fracaso.

⁴⁵ Jorquera Hernández, A. "Tratamiento conductual de la disfonemia". En AA.VV. "La tartamudez". Amarú, Salamanca, 1987.

Crystal lleva a cabo un análisis crítico de las diferentes explicaciones y dice que ninguna teoría simple del tartamudeo, por sí sola, resulta aceptable para dar cuenta del fenómeno:

“La personalidad, la situación, la predisposición genética, la interacción social y la expectativa cultural están de modo inevitable densamente ligadas entre sí. Como resultado de diferentes combinaciones de factores surgirán indudablemente diferentes tipos de tartamudeo. Los orígenes múltiples del tartamudeo en un grupo, e incluso en un individuo, constituyen una postura a adoptar más segura que la de acudir a una u otra de las teorías mencionadas antes”.

Perelló y equipo se refieren a los efectos psicológicos del tartamudeo, entre ellos la logofobia o miedo a hablar, “sobre todo ante ciertos fonemas que el sujeto sabe le cuesta pronunciar”. Los más frecuentes, afirman, son las consonantes explosivas, y precisan:

“Algunos evitan pronunciar ciertas palabras que temen, o prefieren callarse; otros, en fin, sustituyen una palabra por otra sinónima, lo que a veces puede variar el sentido de la frase.

El miedo a hablar hace que el enfermo fije la atención sobre el mecanismo de la palabra y por lo tanto la expresión del pensamiento se encuentra frenada. Esta es la causa por la cual los pacientes se vuelven taciturnos y tímidos. Es natural que las sustituciones continuas de palabras y frases, así como los esfuerzos por disimular su defecto, lleven a producir alteraciones en el carácter”.

Lo anterior demuestra, una vez más, que no resulta fácil distinguir -como se explicó al comienzo del capítulo- entre trastornos del habla (de los cuales nos hemos ocupado a lo largo de estas páginas) y trastornos del lenguaje. De hecho, en la disfemia, junto a las alteraciones del ritmo y la fluidez, puede llegar a afectarse la calidad del mensaje que se quiere transmitir.

Al tratamiento de la disfemia, Perelló y equipo dedican unas cuarenta páginas de su tratado. El lector interesado puede encontrar una detallada descripción de procedimientos farmacológicos, psicológicos, foniátricos, y “diversivos” (desvían la atención del enfermo de los síntomas mismos, evitando la logofobia). Los expertos sostienen que el papel que desempeña el medio ambiente es capital para el buen efecto de todas esas medidas.⁴⁶ Se refieren también a los procedimientos combinados y la terapéutica con niños pequeños, escolares, de grupo y terapéutica con aparatos. Publicaciones especializadas, como el JSHD (Journal of Speech and Hearing Disorders) y el JSRH (Journal of Speech and Hearing Research), han divulgado desde hace muchos años una notable cantidad de trabajos sobre la

⁴⁶ Los autores hacen un recuento histórico de los más variados tratamientos para la tartamudez. Así, Hieronymus Mercurialis escribió en 1584 en su “De morbo puerorum tractatus”: “El enfermo debe permanecer en aire caliente y seco, debe dormir lo menos posible y evitar los efectos de la ira. Los hombres deben abstenerse de hacer el amor y los jóvenes de bañarse. Debe llevarse a cabo una deposición diaria, si es necesario con purgantes. No se debe beber vino solo”. El cirujano Dieffenbach publicaba en 1841 “La curación de la tartamudez por una nueva operación quirúrgica”, que consistía en extirpar “grandes cuñas de la lengua”. Perelló y asociados refieren que lo doloroso de la operación (no existía la anestesia) y algunos casos de muerte, pronto la desacreditaron.

materia, con importantes novedades para el tratamiento. Gallardo y Gallego (1995) traen una síntesis en su tratado de logopedia escolar, tanto de las estrategias de evaluación, como de intervención logopédica. Para la evaluación contemplan estos aspectos:

- Antecedentes familiares.
- Datos personales.
- Manifestaciones típicas de la disfemia.
- Manifestaciones corporales y respiratorias.
- Alteraciones conductuales.
- Alteraciones lingüísticas.
- Elaboración de escalas de valoración.

Respecto de la intervención, distinguen la disfemia inicial y episódica, de la disfemia propiamente dicha. La disfemia inicial exige de parte de la familia del niño afectado, profesores, entorno social, etc., el cumplimiento de algunas recomendaciones del tipo:

- No manifestar una preocupación excesiva por el tartamudeo infantil.
- Hablar al niño con tranquilidad articulando bien y ligando las palabras en frases.
- No hacerle repetir cuando ha “tartamudeado”.
- Evitar burlas, riñas y castigos por su habla.
- Mantener estabilidad emocional, evitando situaciones de tensión en el aula y en la casa.
- Hacerle repetir poesías con ritmo junto a otros niños.
- Crear un clima de seguridad y comprensión en torno al niño.

Todas constituyen recomendaciones muy valiosas en la perspectiva de este manual de identificar y desafiar barreras en el aprendizaje y la participación. Por cierto, las recomendaciones de otros temas de este capítulo van en el mismo sentido.

Para la disfemia propiamente dicha, advierten los autores que, atendida la cantidad de factores que pueden generarla, a veces son necesarios varios profesionales (médico, psicólogo, logopeda.) En todo caso, insisten en que la intervención nunca debe quedar limitada al disfémico en sí, sino que debe abarcar a su medio ambiente. Como regla de oro para el tratamiento indican:

- ❖ Enlentecer el habla y articular rítmicamente frases cortas y sencillas.

Este simple procedimiento, aseguran, provoca resultados positivos inmediatos, aunque no siempre duraderos. Es muy importante “que el niño se vea aliviado desde las primeras sesiones para no frustrar sus expectativas de recuperación”. La intervención contempla varios aspectos, para cada uno de los cuales los autores detallan con precisión los pasos a dar por el especialista:

1. **Intervención de la hipertonía:** aquí recomiendan una serie de ejercicios de relajación corporal, tanto global como segmentada, incidiendo especialmente en los músculos del cuello y de la cara.
2. **Intervención de la respiración y voz:** especialmente necesaria en el caso de la disfemia, ya que tanto la inspiración como espiración pueden verse alteradas, incidiendo en el ritmo de la frase y en el tono y calidad de la vocalización.
3. **Intervención de los aspectos prosódicos del lenguaje:** ya que las interrupciones en la fluidez verbal afectan las pausas, la acentuación normal y la entonación.

Junto a la intervención farmacológica (sedantes, tranquilizantes...) y la acción psicoterapéutica, se especifican algunos procedimientos foniátricos, destinados a dotar al sujeto de un lenguaje correcto, ejercitando el aparato de fonación. Son de dos grandes tipos: reflexivos y diversivos. Los procedimientos reflexivos apuntan a que el sujeto corrija el proceso del habla de manera analítica: se hacen ejercicios sistemáticos de todos los movimientos articulatorios, primero aisladamente, y después de manera integrada; se suprimen los movimientos patológicos y se trata de conseguir una coordinación muscular correcta. Los métodos diversivos pretenden distraer la atención del paciente sobre su manera de hablar y disminuir así su logofobia. Entre los reflexivos, describen los métodos de Boberg, Borel-Maisonny, Froeschels, Gutzmann, Ryan, Seeman y Sheehan.⁴⁷ Los autores dedican también un apartado al modelo conductual de intervención de la disfemia. Entre los diversivos, describen el método monorrítmico, el de Liebmann, el hilarante y el musical.⁴⁸ Estos métodos son descritos también en Perelló, Ponces Vergé y Tresserra Llauro (1970), junto a otros, como el de Stein, la práctica voluntaria y el método masticatorio (este último, el “chewing method”, de tipo diversivo).

El acceso a la red (<www.stammering.org>; <speech-languagepathologist.org>) permite informarse de diferentes procedimientos que se publicitan como muy efectivos para el tratamiento:

- A. “stuttering therapy that really works”.
- B. “cure your stutter (stammer) online today”.

⁴⁷ A modo de ejemplo, el procedimiento didáctico del método Froeschels incluye:

- Explicación al disfémico sobre la fisiología del lenguaje.
- Articulación ininterrumpida de sílabas durante la espiración.
- Repetición de frases.
- Lenguaje libre.

⁴⁸ A modo de ejemplo, el método hilarante supone estos pasos:

- Ejercicios de relajación, seguidos de ejercicios respiratorios y espiración sonora.
- A continuación se realizan ejercicios de risa con la boca cerrada.
- Reír a distintas velocidades al compás del metrónomo y con diversas intensidades de voz.
- Risas y frases alternadas.
- Emisión de frases con la actitud mental de risa.

- C. “tiny earpiece controls stuttering”.
- D. “with the help of ‘comprehensive stuttering therapy’ you can treat your stuttering at your own pace in the comfort of your home”.

Finalmente, para el tratamiento de la disfemia se utilizan elementos auxiliares, como el audible masker, eco-corrector, metrónomo y el DAF (delayed auditory feedback), cuya descripción se puede encontrar en los textos antes mencionados.

En lo relativo al farfullero (cluttering), la literatura especializada es menos rica. Tratándose de una alteración del ritmo y la fluidez, parte significativa de los procedimientos utilizados en la evaluación y tratamiento de la disfemia resultan útiles también acá. Crystal (1983) afirmaba que la descripción y el estudio teórico del “cluttering” están menos avanzados, y que también en dicha alteración es importante tener en cuenta las variables orgánicas, de personalidad, y el contexto.

“Aquí la principal característica es la rapidez de pronunciación: el paciente intenta hablar demasiado rápido, y como resultado introduce distorsiones en su ritmo y articulación. Los sonidos se tornan dislocados, mal articulados o se omiten; se repiten palabras o parte de palabras; las sílabas se condensan unas en otras; la pronunciación resulta en irrupciones relativamente breves, a veces interfiriendo la sintaxis; la velocidad puede aumentar a medida que la pronunciación avanza (fenómeno conocido como festinación)”.

Advierte este autor que a veces se da una superposición entre las categorías del tartamudeo y el farfullero: algunas personas presentan una combinación de ambas alteraciones. Rondal (1982) explica que la distinción entre tartamudeo y farfullero es casi siempre fácil de realizar: el farfullero no presenta los bloqueos ni las repeticiones de sonidos o sílabas en series ingobernables como el tartamudeo. Al caracterizar el farfullero, dice que - como la persona que lo presenta habla tan rápido- acorta la duración de las sílabas pronunciadas. Como no puede mantener el ritmo, se detiene, repite lo que acaba de decir, o una parte, vuelve a hablar rápidamente, se interrumpe, etc., lo que produce un discurso irregular, entrecortado, con palabras incompletas, deformadas. Afirma que la reeducación del farfullero es más fácil y también más corta que la del tartamudeo:

“Se trata, en principio, de hacer tomar conciencia al farfullero de su taquialia y de las deformaciones que esta provoca en su habla. A continuación, es preciso esforzarse en llegar a un enlentecimiento del flujo del habla que permite entonces trabajar en una mejor organización del discurso”.

Aclara que los ejercicios de ritmo que indica en relación al tartamudeo también son útiles para llevar al niño que farfullero a un mejor control. Por último, viene al caso la observación de Crystal, quien recuerda que otros tipos de patología en el área del lenguaje también cursan con fluidez anormal como rasgo conductual: la disartria, la dispraxia y la afasia, que lo hacen en un rango de medio a severo, “y manifestarán las mismas características que hemos visto en relación al tartamudeo, pero esta vez como síntoma secundario o derivado”.