



UNIVERSIDAD DE VALLADOLID

LA DISLALIA. Defecto del habla en el desarrollo infantil

TRABAJO FIN DE GRADO (TFG)



Autor: Marta Llorente Martín

Tutor académico: Tomás Peláez Reoyo

Estudios: Grado en Educación Primaria

Mención: Audición y Lenguaje

Curso: 2014/2015



ÍNDICE

CAPÍTULO I.....	2
CAPÍTULO II.....	3
1. INTRODUCCIÓN.....	3
2. OBJETIVOS.....	4
3. JUSTIFICACIÓN.....	5
4. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.....	9
5. METODOLOGÍA.....	26
6. CONTEXTO.....	34
7. EXPOSICIÓN DE RESULTADOS.....	35
CAPÍTULO III.....	38
1. ANÁLISIS DEL ALCANCE DEL TRABAJO.....	38
2. CONSIDERACIONES FINALES.....	39
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	41
LIBROS.....	41
MEDIOS ELECTRÓNICOS.....	42
BIBLIOGRAFÍA.....	43
LEGISLACIÓN.....	43
MANUSCRITOS NO PUBLICADOS.....	43
LIBROS.....	43
ANEXOS.....	44
ANEXO I. POSICIÓN DEL APARATO BUCOFONADOR PARA PRONUNCIAR LOS FONEMAS /g/ y /R/.....	44
ANEXO II. PAUTAS PARA LOGRAR LA CORRECTA ARTICULACIÓN INFANTIL PROPORCIONADAS A LAS FAMILIAS.....	44
ANEXO III. BILINGÜISMO.....	45
ANEXO IV. SESIONES.....	46
ANEXO V. MUESTRAS DE HABLA.....	48



CAPÍTULO I

RESUMEN

La dislalia es un trastorno del lenguaje oral que se produce durante la primera infancia y tiene una frecuencia de aparición alta. Si se toma en consideración que el habla es el principal medio de comunicación para la interacción humana, cualquier dificultad a nivel de expresión repercutirá negativamente en el desarrollo socioemocional del niño. Por este motivo, se considera crucial favorecer un acercamiento al conocimiento de este trastorno para facilitar su posible tratamiento de cara a la futura labor educativa como maestro. En el siguiente estudio se va a presentar, clasificar, evaluar, programar y valorar dicha alteración. Se trata de un trastorno simple por lo que su detección y tratamiento precoz posibilitará la consecución de un desarrollo lingüístico saludable.

PALABRAS CLAVE

Habla, pronunciación, dificultad, socialización, tratamiento, desarrollo infantil.

ABSTRACT

Dyslalia is a language disorder that arises during early childhood and has a high frequency. If we take into consideration the fact that language is the main mean of communication in human interaction, any difficulty in verbal expression will alter negatively the child's socioemotional development. Once stated this, it is crucial to facilitate an approach from the perspective of a deep knowledge of this disorder in order to ease a possible treatment through education professionals and their future goals. In the following research, it is going to be presented, classified, evaluated, programmed and appreciated the disorder. It is considered as a simple dysfunction and that is why an early diagnosis and treatment will make possible to manage a healthy linguistic development.

KEYWORDS

Speech, pronunciation, difficulty, social skills, treatment, children's development.



CAPÍTULO II

1. INTRODUCCIÓN

El presente trabajo se centra en el aspecto articulatorio y fonológico del lenguaje, concretamente en el estudio de una patología conocida como dislalia. Sin embargo, previamente debe explicarse qué es el lenguaje y cuál es su importancia para introducir de forma adecuada este trastorno.

El lenguaje es el resultado de la comunicación y por ende la comunicación es un proceso de interacción entre varios individuos. Este término ha sido definido por numerosos autores que tratan de arrojar claridad para la interpretación de este complejo concepto. De este modo, Vigotsky (1962) y Piaget (1954) aluden a lenguaje y pensamiento como la cara y la cruz de una misma moneda. Tanto es así, que para Vigotsky (1962) es una forma de configurar la percepción de la realidad humana, tratando de concretar lo abstracto. Según Álvarez (2005), Unamuno afirma que el lenguaje traduce el pensamiento. El matemático y lingüista Chomsky (1972) define al respecto lenguaje y competencia lingüística. “El lenguaje es un sistema de signos (Saussure) o un sistema de reglas que permiten reunir estos signos y ordenarlos en frases”.

En la competencia lingüística determina que el ser humano nace con un dispositivo de adquisición del lenguaje, el cual, a partir de una serie de reglas innatas que son universales, es capaz de adaptarlas y evolucionar hasta conseguir realizar una comunicación eficaz con sus semejantes. Según esta afirmación, los bebés llegan al mundo con la capacidad de entender cualquier idioma –“oído total” o “perfect pitch”- o varios a la vez puesto que esas normas son adaptables al contexto natural del recién nacido. Por último y a modo de conclusión Sabouraud, citado por Perelló (1971) en su obra “Perturbaciones del lenguaje”, lo define como: “Sistema estructurado para la mediación de la representación, es decir, hacer posible la intercomunicación con alto grado de rigor”.

Tomando en cuenta todo lo anterior, parece claro que merece especial importancia el estudio de la dislalia, puesto que la principal vía de comunicación humana es el lenguaje y del mismo modo su variante oral. Por ello, si el nexo que hace posible la relación



entre las personas falla; nos encontraremos ante un serio problema que pueda concluir con tendencia al aislamiento social. Para evitar que surja esta dificultad, se propone la exposición de los aspectos relativos a la prevención, detección y posterior intervención (*rehabilitación*) del trastorno referido.

2. OBJETIVOS

- Profundizar en el conocimiento de dicha afección para detectarla de forma adecuada en el contexto escolar.
- Recabar un alto grado de información referida al tema para evitar posibles errores de confusión con otras patologías que posean rasgos similares.
- Mejorar el rendimiento escolar de los alumnos diagnosticados con dislalia y trabajar en vista a su extinción.
- Prevenir la aparición de otras posibles dificultades.
- Recabar datos acerca del momento de aparición.
- Determinar si existen antecedentes en el núcleo familiar.
- Comprobar la naturaleza del error, es decir, si cambia en función del contexto.
- Informar sobre el desarrollo evolutivo, cognitivo y motor del alumno/s.
- Recopilar datos sobre su escolarización previa.
- Evaluar la articulación en todas sus variantes, tanto el lenguaje espontáneo como el lenguaje inducido y dirigido.
- Estudiar los principales errores que comete el alumno al articular y si éstos son o no persistentes: sustitución, omisión, distorsión, inversión y/o adición.
- Conocer cuáles son los principales fonemas alterados.
- Determinar la base prelingüística que el niño debe tener para poder adquirir el lenguaje de manera normalizada.
- Proporcionar pautas a los padres para que ayuden al niño en el proceso de mejora del lenguaje.



-Estimar el grado de implicación parental para garantizar su evolución.

3. JUSTIFICACIÓN

3.1. Relación con las competencias del título

A continuación se expondrá la relación del desarrollo del trabajo de fin de grado con las competencias establecidas según el *Real Decreto 1393/2007, de 29 de octubre, por el que se establece la ordenación de las enseñanzas universitarias*.

En primer lugar guarda relación con la competencia nº1 que determina: “Que los estudiantes hayan demostrado poseer y comprender conocimientos en un área de estudio –la Educación- que parte de la base de la educación secundaria general [...]”. Especialmente se relaciona con el conocimiento de las características psicológicas generales del alumnado en las distintas etapas, en este caso, sería la etapa de comienzo a la Educación Primaria. Es preciso seguir aumentando nuestra formación para llegar a ser un buen modelo didáctico para la generación presente que labrará el futuro.

La competencia nº2 resuelve: “Que los estudiantes sepan aplicar sus conocimientos a su trabajo o vocación de una forma profesional y posean las competencias que suelen demostrarse por medio de la elaboración y defensa de argumentos y la resolución de problemas dentro de su área de estudio –la Educación-[...]”. Gracias a la formación recibida a través del grado, somos capaces de extraer, argumentar y dirigir los principales aspectos en los que se basa la práctica educativa y tomándolos en cuenta, realizar un trabajo crítico y consciente de investigación –sobre dislalia en este caso- a nivel educativo.

La competencia nº3 establece: “Que los estudiantes tengan la capacidad de reunir e interpretar datos esenciales (normalmente dentro de su área de estudio) para emitir juicios que incluyan una reflexión sobre temas esenciales de índole social, científica o ética [...]”. De acuerdo con lo que sabemos, a través de la investigación realizada durante la duración del presente trabajo, somos capaces de ofrecer una respuesta crítica y justificada a la reflexión basada en la observación y experimentación de la realidad educativa. Sin embargo, cuanto mayor sea este nivel de profundización y supere los estudios establecidos por la titulación mayor será la riqueza de nuestra argumentación.

La competencia nº6 exige: “Que los estudiantes desarrollen un compromiso ético en su configuración como profesionales, compromiso que debe potenciar la idea de educación integral, con actitudes críticas y responsables; garantizando la igualdad efectiva de



mujeres y hombres [...]”. Como futuros profesionales de la enseñanza nos sentimos capacitados para salvaguardar los intereses de los niños y velar por las mejores condiciones educativas y personales en lo que nos compete, para asegurar el bien personal y desarrollo sano de los alumnos. Tratando de evitar, en la medida de lo posible, que se generen dificultades para el aprendizaje (como la dislalia) gracias a la prevención que se ofrece en el estudio del citado trastorno.

3.2. Relevancia de la temática elegida

¿Qué es la dislalia? La dislalia o trastorno fonológico (término utilizado en el manual DSM-5) es un trastorno que afecta a la articulación de las palabras. Surge con una frecuencia alta y se manifiesta durante la primera infancia, es decir, en edades comprendidas entre los 5 y 8 años. Existe una incidencia relativamente mayor en niños que en niñas para los casos en los que consta referencia escrita. La dificultad en el proceso de dicción del fonema radica, en múltiples ocasiones, en una deficitaria colocación de los órganos y músculos implicados en el proceso de fonación que da lugar al habla (ya sea por falta de madurez o problemas de coordinación). Por tanto, no tiene su origen en un defecto anatómico de los órganos fonoarticulatorios como en el caso de la disglosia y esta es su diferenciación principal. Tampoco así existe una lesión neurológica que motive estos errores articulatorios (en tal caso hablaríamos de disartria) puesto que los sujetos que padecen esta patología se caracterizan por un nivel cognitivo promedio.

En Alemania, es conocido como *Stammeln* y en Estados Unidos como *Stammering*. En España también es reconocido como *psellismo*.

Debe aclararse que, la incorrecta pronunciación de un determinado fonema en una lengua puede ser la adecuada en otra. De este modo, el rotacismo velar resulta correcto en francés. Por este motivo, debe considerarse como un fenómeno estrechamente ligado al contexto sociocultural presente (idioma).

La falta de bibliografía reciente a este respecto –las últimas publicaciones reseñadas datan de la década de los noventa; sin contar reediciones-, esta característica nos indica que puede tratarse de un trastorno simple que, con una adecuada estimulación resulte fácilmente erradicable. Esta razón debe animar a cualquier profesional de la enseñanza a profundizar en el conocimiento del citado trastorno. Sobre todo, así evitaremos



maximizar pequeños defectos en el habla que de pasar inadvertidos, puedan resultar problemáticos a largo plazo en el futuro desarrollo del alumno.

Para seguir un orden en el estudio de la materia, se requiere la especificación de los diferentes tipos de dislalia. Seguiré el criterio definido por Perelló (1995) y las aportaciones de Pascual García (1992). Atendiendo a la naturaleza que produce el error articulatorio, se distinguen dos tipos de dislalia, que a su vez se subdividen: dislalia funcional y dislalia orgánica.

Este primer tipo de dislalia se debe a un funcionamiento incorrecto de los órganos periféricos encargados de articular los sonidos del habla. Es decir, en este caso lo que falla es el procedimiento para ejecutar una correcta articulación. Además, la dislalia funcional se clasifica en función del tipo de fonema en que se comete el error y se hace de la siguiente manera:

Rotacismo	/r/, /R/
Sigmatismo	/s/
Mitacismo	/m/
Gammacismo	/g/
Betacismo	/b/, /p/
Otros	

Si la alteración se localiza en una anomalía de los órganos fonoarticulatorios, se habla de dislalia orgánica y a su vez de: disglosia, disartria y dislalia audiógena.

La disglosia es presentada en ciertas publicaciones, por tanto, como un tipo de dislalia. Es producida por malformaciones y defectos en los órganos articulatorios, lo cual impide una correcta fonación. No obstante, para facilitar su entendimiento obviaré esta generalización. Únicamente menciono sus subcategorías en función del órgano afectado: labial, dental, lingual, palatal o nasal. Si la alteración se debe a un daño de origen neurológico, se habla de disartria.

En el caso de la dislalia audiógena, como su nombre indica, está relacionada con la percepción auditiva del habla y se agrupa en: bilingüismo, sordera postlocutiva e hipoacusia prelocutiva.



En el primer caso, podemos observar que se trata de una variable referente al contexto sociocultural y familiar de la persona, por lo cual, es eminentemente inalterable (*Ver Anexo III*). En el caso de la sordera o hipoacusia, existen algunos procedimientos médicos que pueden reducir esta condición clínica como es el implante coclear. Sin embargo, solo está indicado su uso en determinadas circunstancias, como por ejemplo, cuando la pérdida auditiva se ha producido recientemente.

Sin embargo, si atendemos al criterio utilizado por Gallardo y Gallego (1995) se distingue entre dislalia evolutiva, orgánica y funcional.

La dislalia evolutiva refiere a una etapa precoz para la correcta repetición de los sonidos emitidos por el modelo lingüístico. Este hecho es individual y no se puede determinar una edad asociada a este rasgo.

La dislalia orgánica responde a un defecto propiamente anatómico del aparato fonador.

En cuanto a la dislalia funcional, el fallo se localiza en la maduración de los órganos implicados en el proceso de articulación vocal. Este último tipo está basado en una mezcla de las dos anteriores.

Respecto al origen o etiología de esta alteración, Perelló (1973) determina que el rasgo hereditario influye en su aparición, especialmente entre gemelos monovitelinos. A pesar de ello, no existe una única causa sino que se trata de una combinación de factores. Entre los cuales se puede destacar, una habilidad motora deficiente por motivo de un retraso madurativo. El niño consigue los logros requeridos en el tiempo posterior al que se espera en relación con los niños escolarizados de su misma edad. Otros posibles intensificadores son las dificultades de percepción espaciotemporal y auditiva. Asimismo, cobran gran importancia los factores psicológicos y ambientales. Cualquier trastorno de tipo afectivo influye negativamente en el desarrollo integral del niño: carencias emocionales parentales, inadaptación social o familiar, rechazo entre iguales y experiencias traumáticas; todas ellas, características que contribuyen a forjar un tipo concreto de personalidad durante la infancia. En relación con los factores ambientales cabe destacar que un buen modelo lingüístico en el hogar garantiza en alto grado el desarrollo de un habla carente de errores. Chaplin (1965) dice así: “Viviendo, como lo hacíamos nosotros, en las capas sociales más bajas, era fácil caer en el vicio de no preocuparse por la corrección en el hablar”. Lo cual nos demuestra que un niño querido



y estimulado en el seno familiar es susceptible de obtener mejores resultados académicos. Naturalmente, no sucede así cuando la estructura familiar es inestable y el pequeño va cambiando de hogar, como en el caso del acogimiento familiar.

Los tipos de errores más comunes que las personas dislállicas cometen son los siguientes: sustitución, omisión, inserción y distorsión.

La sustitución consiste en sustituir un fonema por otro que resulta más fácil de pronunciar. Por ejemplo: *babardina* por gabardina.

La omisión se produce cuando el fonema se ve omitido al pronunciar la palabra. Por ejemplo: *quieo* por quiero.

La inserción consiste en añadir un fonema que la palabra no posee para hacerla más fácil de pronunciar. Por ejemplo: *calavo* por clavo.

La distorsión se lleva a cabo cuando se altera el orden de algunos fonemas en la palabra problemática. Por ejemplo: *murciégalo* por murciélago.

Como ya se ha mencionado anteriormente, el pronóstico es muy favorable si se interviene en el momento adecuado. En edades superiores a los 7 años, el defecto de habla se fosiliza y es muy complejo hacer desaparecer dicha alteración. Por lo tanto, debemos tratar de reeducar esta característica cuando el alumno es consciente de su fallo y se ve damnificado –a cualquier nivel- por ello. De este modo, la enseñanza será fructífera.

4. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

4.1. Antecedentes históricos

El primer uso del término dislalia data de principios del siglo XIX y es utilizado por el autor soviético Schulter (1830). El motivo de su origen se debió a su necesaria diferenciación respecto a otra alteración conocida como alalia¹, que se identifica con la pérdida del lenguaje en un sentido más estricto. Durante este período también favoreció su desarrollo las aportaciones de Kussmanl (1879), Berkman (1892), Gutzman (1942), Leibman (1942) y por último, Froshels (1928). Los autores más recientes establecieron que se trataba de una dificultad motivada por un defecto anatómico de los órganos

¹ Primera denominación de los trastornos lingüísticos hoy conocidos como afasias, disglosias, disfasias.



implicados en la articulación. A partir de esta época comienza a profundizarse en el estudio del mismo.

Hacia la segunda mitad del siglo XIX fue cuando se dirigió la investigación hacia su clasificación ya teniendo como referencia su origen orgánico y no neurológico. En los primeros años del siglo XX se avanzó en la especificación de los órganos que provocaban la alteración. Distinguiendo así entre déficit auditivo (dislalia audiógena) o funcionamiento incorrecto del aparato bucofonatorio y/o auditivo (dislalia funcional).

A mediados del mismo siglo, ya se afirma que esta alteración afecta a la percepción de los fonemas y por consiguiente, se refleja posteriormente en los procesos de lectoescritura.

Aquí se sitúan los primeros pasos en el conocimiento de la dislalia por lo que es un trastorno que se descubrió poco tiempo atrás. Por otro lado, no se encuentran publicaciones recientes acerca de su tratamiento por lo que se aborda frecuentemente con éxito.

4.2. Etimología

En referencia a la etimología de la palabra, el prefijo ‘dis’ procede del latín y significa dificultad mientras que ‘lalia’ proviene del latín y quiere decir ‘habla’. Actualmente sigue vigente esta denominación. Sin embargo, según el manual diagnóstico DSM-5 la clasificación se ha considerado como parte de los trastornos del habla, quedando más acotado que cuando era únicamente tratado como un trastorno de la comunicación (DSM-IV-TR).

4.3. Clasificación específica de las dislalias según perspectiva de autores

Según el primer grupo basado en las aportaciones de Carrió et als (1991); Pascual (1995); Valverde et als (1992), se diferencian tres tipos de dislalias:

1. Dislalia orgánica: Subdividida a su vez en disglosia, disartria y dislalia audiógena.
2. Dislalia funcional: Dificultad sistemática para la pronunciación de determinados fonemas por un mal funcionamiento de los órganos periféricos implicados.
3. Dislalia evolutiva: Dificultad no sistemática para la pronunciación de algunos fonemas por una insuficiente madurez cerebral y/o de su aparato fonoarticulador.



Para el segundo grupo integrado por Gallardo y Gallego (1995); Gallego et als (1999); García Fernández (1986) y Pascual (1998) proporcionan esta categorización:

1. Dislalia evolutiva
2. Dislalia funcional
3. Dislalia audiógena
4. Dislalia orgánica. En este grupo se encuadra la disglosia.

Si nos basamos en los estudios de Bruno y Sánchez (1994); Crystal (1983) e Issler (1983), únicamente se distingue entre dislalia fonológica y fonética.

La siguiente clasificación presentada por Del Barrio (1985) y el renombrado Perelló (1995) establece únicamente dos tipos, obviando la existencia del tipo evolutivo:

1. Dislalia funcional
2. Dislalia orgánica. A su vez se divide en disglosia o dislalia audiógena. Estas alteraciones de la articulación son causadas debido a tres aspectos principalmente: bilingüismo, sordera prelocutiva y postlocutiva.

Por último, la clasificación menos conocida es proporcionada por Azcoaga et als (1992), defendiendo la existencia de tres:

1. Dislalia neurológica. Existe un daño cerebral que tiene como resultado los errores articulatorios. En ella se engloban: dislalia afásica y anártrica, dislalia audiógena y dislalia disártrica.
2. Dislalia psicógena. El error tiene un origen psicológico y es denominada dislalia alálica causada por neurosis y psicosis.
3. Dislalia instrumental. La alteración se produce por un fallo en el mecanismo articulatorio, estando afectados los órganos (dislalias orgánicas) o su funcionamiento (dislalia funcional).

Después de observar estos cinco niveles de clasificación, elijo el criterio seguido por el primer grupo de autores. Esta diferenciación es la más usada actualmente en el contexto de la práctica educativa. Cuando se realiza un diagnóstico y se detecta esta alteración, se



determina bajo esta terminología. Por lo tanto, considero que la clasificación más aclaratoria es esta y en ella basaré mi estudio.

4.4. Diferenciación entre dislalia orgánica, evolutiva y funcional. Características específicas

4.4. A) Dislalia orgánica

La causa que motiva la producción del error tiene un origen orgánico. Puede deberse a un lesión cerebral o a una malformación visible de los órganos encargados del proceso de fonación (Gallardo, 2000). Si está afectado el primero o el segundo, hablamos respectivamente de disartria o disglosia.

a) Dislalia audiógena

Sin embargo, existe un sentido que está encargado de la percepción e integración de los sonidos que recibimos del exterior y es el oído. Si se encuentra dañado este órgano hablamos de dislalia audiógena. La consecuencia directa de este hecho es una emisión desfigurada. En función de la pérdida auditiva se considera hipoacusia o sordera. La principal diferencia entre ambas es que la sordera es una pérdida no recuperable.

Según el grado de pérdida auditiva se distinguen cuatro niveles: leve (20-40 dB), media (40-70 dB), severa (70-90 dB) y profunda (superior a 90 dB).

4.4. B) Dislalia evolutiva

Si tenemos en cuenta las consideraciones de Perelló (1995), todos los niños que se encuentran en edades inferiores a los cuatro años pueden presentar este tipo de dislalia. Se entiende como parte del desarrollo que el niño deforme en ocasiones la articulación fonemática que está adquiriendo por imitación y estimulación de otros modelos verbales. En esta etapa su sistema nervioso y fisiológico está aún inmaduro.

En ocasiones, esta alteración desaparece de forma natural tras los primeros años de vida, estableciendo como límite –el cual varía según el autor de referencia- los cinco años (Gallego et als, 1999). Cuando el error se afianza pasa a hablarse de dislalia funcional.

Un rasgo definitorio de este tipo de alteración es el número de errores que comete y su persistencia. En este sentido debe conocerse el contexto en el que se desarrolla el habla infantil y las características personales de aprendizaje del alumno para averiguar dónde se localiza la raíz de su déficit fonoarticulatorio. No obstante, aunque se han de valorar



las diferencias interindividuales existe un esquema normotípico (Bosch, 1983) que se utiliza de guía en la secuencia de adquisición de lenguaje y habla.

En resumen, la dislalia evolutiva es la que se produce de forma natural en el desarrollo niño hasta los cinco años y no resulta problemática.

4.4. C) Dislalia funcional

Según Perelló (1995) y Pascual (2002) se debe valorar el tratamiento de este tipo de dislalia, cuando los errores persisten a partir de que el niño ha cumplido los cuatro o cinco años de edad. Previamente sería considerada como una dislalia de tipo evolutivo.

a) Etiología

En cuanto su origen el autor relaciona los factores sociobiológicos con su aparición. Apoya su teoría en las tesis de otros autores. Referenciado por Perelló (1973), Guixá afirma que se trata de un problema de integración auditiva a pesar de estar en posesión de un aparato auditivo no dañado. Esta dificultad se ve acrecentada cuando son los sonidos se encuentran en una frecuencia sonora muy débil y en posición final de la sílaba trabada o al final de la palabra (Gallego, 2000). Lo cual desemboca en el factor etiológico de percepción espaciotemporal alterada referido por García Pascual (1992). En la obra de Perelló (1973), McAllister concede una gran importancia al nivel de desarrollo cognitivo que posee el sujeto, justificando así, los casos de dislalia en personas con discapacidad intelectual. Encontramos a su rasgo homónimo (deficiencia intelectual) en las publicaciones de García Pascual (1992). Por su parte, un destacado número de autores entre los que figuran Patton y Kiehn, citados por Perelló (1973), achacan esta característica a un déficit en la coordinación motora. Al mismo tiempo, se menciona así a alumnos zurdos, con capacidades escasas para las actividades musicales o cualesquiera otras relacionadas con la cinestesia que poseen dislalia. Nieto (1990) también valora esta torpeza motriz y lo establece como un rasgo determinante para su aparición.

Existe una gran cantidad de músculos implicados en el proceso de fonación. Éste es englobado dentro de los procesos motores y de ahí, deriva la conexión entre una posible torpeza motriz y una emisión vocal incorrecta.



Sin embargo, el rasgo en el que García Pascual (1992) y Perelló (1973) inciden con mayor fuerza es el factor educativo y ambiental. Perelló (1973) dice al respecto: “La manera de pronunciar de una persona revela la educación que ha recibido”.

Por otro lado, un aspecto al que se debe hacer mención es la expansión del bilingüismo en los centros de Educación Primaria. En algunos casos esta demanda puede perjudicar a los alumnos que tienen dificultades de aprendizaje en el propio idioma. El creciente número de alumnos extranjeros que aprenden el castellano como segunda lengua también afecta a esta estadística.

b) Fonemas alterados

Puede existir un defecto en la articulación de cualquiera de las letras del abecedario, tanto vocales como consonantes. Es cierto que el error se suele localizar más frecuentemente en fonemas consonánticos. Además, Gallardo (2000) dice que aumenta en proporción la presencia de errores en fonemas que requieren de movimientos orofaciales más precisos.

En el presente trabajo voy a tratar únicamente los fonemas alterados en los sujetos del estudio, que serán: /d/, /f/, /g/, /k/, /l/, /s/ y /R/. Se hará especial hincapié en la pronunciación del fonema /R/ o rotacismo y el fonema /g/ o gammacismo. Las formas de corrección de los fonemas /g/ y /R/ figurarán en el apartado *Metodología* (pág. 27).

Alteración del fonema /d/

También es conocido como deltacismo. Se produce debido a la ausencia de vibración de la laringe.

Alteración del fonema /f/

Tiene lugar cuando la lengua roza el arco dental superior y llega a pronunciar por proximidad el sonido /s/. Sin embargo, la disposición labiodental es correcta.

Alteración del fonema /g/

Recibe el nombre de gammacismo. No se llega a pronunciar el sonido debido a que la punta de la lengua se coloca doblada con coincidencia en los incisivos superiores o bien se articula desde esta posición. Se producirían los fonemas /l/, /t/ o /d/ en su lugar.

Alteración del fonema /k/

Se habla entonces de kappacismos. Para reproducir este sonido es preciso controlar la apertura y cierre de la glotis. Los errores más comunes son la sustitución por el fonema



/t/. Esto sucede cuando se levanta la punta de la lengua y se dirige hacia el alvéolo dentario. Otro de los errores de sustitución más comunes es por el sonido /p/, que se articula debido a una pronta unión de los labios y posterior expulsión de aire. Junto con él, la producción de la /f/ por la colocación del labio inferior en contacto con los incisivos superiores.

Alteración del fonema /l/

Conocido como lambdacismo. Uno de los motivos de la incapacidad para reproducir con éxito este fonema es la mala disposición de la lengua. Se suele colocar demasiado cercana a la campanilla, en una zona muy posterior del paladar. De manera que el aire emitido para su producción desciende por el velo inferior.

Alteración del fonema /s/

Esta alteración se denomina sigmatismo, el más destacado es el dental. Sus causas son numerosas y sobre todo destaca la importancia del modelo lingüístico de habla y del entorno de aprendizaje. En el sigmatismo dental la lengua se sitúa entre los incisivos superiores e inferiores, sumado a una expulsión de aire. Se asemejaría este error a la pronunciación de la /d/ pero sin su correspondiente vibración.

Alteración del fonema /R/

Corresponde al rotacismo. Se trata del fonema más difícil de pronunciar porque su procedimiento de articulación es muy completo y ha de ser altamente preciso. En él interviene el movimiento coordinado de labios, dientes, lengua, paladar y expulsión controlada del aire. Se suele dar con gran frecuencia un fallo en este fonema. De hecho, la mayoría de los casos que se van a presentar posteriormente refieren a problemas de articulación relacionados principalmente con el sonido /r/ y /R/. En particular aumenta el número de niños que presenta problemas respecto al fonema /R/.

Se requiere una destreza y control exacto de la musculatura lingual para su producción. La dificultad de su articulación suele radicar en una emisión de una corriente de aire intermitente y ligeramente débil. Cuando éste se fona de forma inadecuada no se nota de forma evidente la salida del aire al colocar la mano frente a la boca.



4.5. Aspectos psicológicos relacionados con la dislalia

4.5. A) Introducción

El lenguaje es para Unamuno, citado por Álvarez (2005) en su obra “La palabra y el ser en la teoría literaria de Unamuno”, un instrumento que traduce el pensamiento, por tanto, el lenguaje verbal es el que utiliza el alumno para pensar. Si el niño padece una perturbación psicoafectiva durante los primeros años de vida, ello afectará de forma directa al desarrollo del lenguaje.

La autoconsciencia de estar en posesión de una dificultad del lenguaje repercutirá en la forma en que el sujeto establece sus relaciones interpersonales. En general, tenderá hacia la introversión.

La existencia de un trastorno articulatorio es en ocasiones el origen de los síntomas constitutivos de una perturbación neuropsicológica.

En definitiva, el lenguaje se configura en función del desarrollo cognitivo y psicológico. Este aspecto influye en la forma de aprendizaje del habla de tal forma que si se produce un trastorno de este tipo ello también afectará al ámbito psicoafectivo del sujeto. Englóbase aquí la personalidad, forma de interacción social, situación familiar y escolar, aceptación del trastorno y predisposición personal hacia el problema.

4.5. B) Aceptación de la dificultad: Situación familiar

El seno familiar es el foco principal en el que el niño desarrolla la necesidad y capacidad de comunicación. Es al mismo tiempo el entorno de mayor influencia, búsqueda de apoyo, estimulación y motivación extrínseca durante el período de maduración personal.

Por ello, la existencia de un desequilibrio en el contexto familiar o la inexistencia propiamente de dicho contexto puede modificar gravemente el desarrollo psicoafectivo del pequeño, incidiendo en su actitud verbal. Una consecuencia real de dicha afirmación, es el caso de “El salvaje de Aveyrón”. En el siglo XIX un niño de una edad aproximada de doce años fue encontrado en un bosque de la zona central de Francia. Al parecer había estado toda su vida viviendo en la naturaleza y cuando le llevaron a la civilización, un reputado médico de la zona decidió hacerse cargo de su educación y cuidados. La conclusión que extrajo tras años de instrucción fue que el niño no llegaría



nunca a desarrollar la capacidad intención comunicativa del habla pues apenas era capaz de emitir algunos sonidos inconexos.

En relación con la temática que aquí se trata se puede deducir que la privación del hecho social durante los primeros años de vida, formó a un individuo con imposibilidad y desdén hacia el habla y por ende, hacia la necesidad de relación con los otros. He aquí una de las más extremas consecuencias de vivenciar experiencias traumáticas o crecer en contextos inestables para con el desarrollo del habla en la etapa infantil.

El lenguaje debe entenderse como una necesidad emocional de apertura hacia los otros que va incrementándose a medida que el niño va creciendo.

La capacidad de expresión y comprensión verbal está íntimamente ligada con el nivel cognitivo alcanzado hasta el momento. Sin embargo, ello no impide que se puedan llegar a producir regresiones. “El niño de cinco a seis años vuelve a hablar como lo hacía a los tres o como lo hace el hermanito menor, por quien se siente desplazado en el cariño y la atención de sus padres. Con la vuelta a un lenguaje más infantil pretende fortalecer sus vínculos afectivos y recuperar su primacía en el grupo familiar²”.

Aunque la alteración lingüística no esté ocasionada por algún rasgo de la convivencia familiar, es absolutamente determinante la actitud adoptada al conocer esta característica. La aceptación en el hogar favorece la evolución del paciente.

4.5. C) Aceptación de la dificultad: Situación personal

El niño se hace consciente de su defecto de habla porque, aunque no es capaz de discriminar correctamente un fonema de otro o el momento exacto en que produce el fallo; provoca una reacción visible en su entorno.

Ello crea a su vez una reacción emocional en él que puede ser negativa o positiva: frustración, agresividad, retraimiento; o bien capacidad de superación. Que se opte por una u otra conducta, depende en gran modo de la capacidad de *transposición didáctica* - concepto creado por (Chevallard, 2002)- del modelo de habla para mejorar, reforzar positivamente y motivar la desaparición del trastorno existente sin destacar el fallo cuando se produce.

² Azcoaga, Derman et als (1971). *Alteraciones del lenguaje en el niño*. República Argentina: Ediciones Biblioteca. Pág. 88



4.5. D) Aceptación de la dificultad: Situación escolar

La existencia de una dificultad en el habla repercutirá en la aceptación social en el grupo clase y por ende su rendimiento, que se verá retrasado.

Pueden darse de forma asociada otros trastornos de la lectura o escritura debido a que su percepción se encuentra dañada.

Por este motivo, es esencial comenzar a tratar su dificultad en cuanto sea detectada y diagnosticada. En este plano, la metodología lúdica es una forma de trabajo altamente recomendable puesto que plantea la corrección del problema de manera indirecta. Se trata de hacer que el alumno pierda conciencia de su defecto durante el momento de la intervención para que esté relajado.

4.6. Diagnóstico/evaluación

Antes de realizar una intervención logopédica es preciso establecer un diagnóstico a través de la evaluación del trastorno. “El éxito de un tratamiento depende en gran medida de sus métodos de evaluación y de sus criterios diagnósticos” (Mendoza, 1985).

De ello se infiere que la evaluación e intervención son procesos recíprocos ya que la evaluación es el principio y fin de la intervención. Es decir, para saber qué aspectos abordar durante la actuación logopédica se debe determinar la raíz que provoca la dificultad atendiendo al estado actual del paciente. Además, se tendrá en cuenta cuál o cuáles son los objetivos a alcanzar de cara al futuro así como el contexto donde se va a ejercer la rehabilitación (Miller, 1986). Se dice que también es el fin puesto que tras la intervención se realiza una nueva evaluación para comprobar la proporción de éxito y validez del programa.

Siguiendo las aportaciones de Alonso (1987) y Miller (1986) la evaluación debe responder a tres preguntas básicas: para qué (objetivos), qué (contenidos) y cómo (procedimientos/instrumentos).

4.6. A) Objetivos

Si nos basamos en las directrices propuestas por el *Real Decreto 126/2014, de 28 de febrero, por el que se establece el currículo básico de la Educación Primaria*, se puede trasladar que, los objetivos son las pretensiones que dirigen el proceso de enseñanza-aprendizaje para que el alumno adquiera las capacidades planificadas.



De acuerdo con lo anterior, los objetivos de la evaluación para Gallardo (2000) son cuatro: determinar el nivel de la conducta articulatoria del niño de acuerdo a su rango de edad, analizar las bases anatómico-funcionales de acuerdo al escrutinio de la etiología de la dificultad, plantear un programa de intervención coherente con la realidad personal del alumno y examinar la naturaleza de los cambios producidos en el niño durante el desarrollo del programa.

4.6. B) Contenidos

Los contenidos de la evaluación se basan en los tres grandes componentes o dimensiones del lenguaje propuestos por Bloom y Lahey (1978): forma (fonética y fonología), contenido (semántica) y uso (pragmática).

En el caso de la dislalia, nos centraríamos específicamente en la primera dimensión del lenguaje que es el foco de la dificultad: la articulación.

a) Forma

En cuanto a la forma del lenguaje, la fonética y la fonología son dos disciplinas interdependientes encargadas de estudiar los sonidos del lenguaje. La fonética estudia el plano acústico y la segunda se refiere a la imagen mental de la percepción auditiva, el modo en que se organizan los sonidos de una lengua. La fonética engloba a la fonología.

En definitiva, la evaluación de este nivel debe comprender al mismo tiempo la producción como la comprensión de los sonidos del habla.

b) Contenido

De acuerdo al contenido del lenguaje -se corresponde con la semántica-, estudia el desarrollo del significado de las palabras y grupos de palabras. En consecuencia, el nivel de habla afecta a la producción de mensajes orales ininteligibles por parte del alumno.

Se debe atender al mismo tiempo la revisión de las bases anatómicas y funcionales implicadas en el hecho articulatorio: audición y aparato fonoarticulatorio. De este modo, se detecta si la afección tiene un origen orgánico. Los aspectos que se evalúan en la audición son: discriminación del tono, timbre e intensidad sonora así como la relación entre significante y significado. Para la ejecución de la prueba se lleva a cabo una audiometría y se define la existencia y tipo de hipoacusia o sordera en caso de existir. En lo referente al aparato fonador se examina la respiración y los propios órganos. En la



respiración se ha de averiguar el tipo de respiración utilizado por el paciente así como su capacidad para el control de la intensidad y direccionalidad del soplo.

Además, dichos contenidos están orientados a la articulación en las tres posibles modalidades del lenguaje: repetido, dirigido y espontáneo.

c) Uso

La pragmática del lenguaje comprende el conocimiento que el sujeto posee acerca del conjunto de reglas que rigen el uso de su lengua de acuerdo a un contexto. Se tiene en cuenta el impacto que causa el habla en el entorno del alumno.

4.6. C) Procedimientos

Los procedimientos de la evaluación son todas las técnicas empleadas para extraer la información referente al nivel de habla. Siguiendo los estudios de Bryen y Gallagher (1991) se dividen en dos grupos: pruebas estandarizadas y pruebas no estandarizadas. A continuación se va a detallar la diferencia entre ambos términos.

a) Pruebas estandarizadas

Las pruebas estandarizadas son aquellas pruebas cuya aplicación permite comparar al individuo con una muestra de la población con la que tiene características en común (como edad o sexo) gracias a un sistema de resultados encuadrados dentro de una norma o estándar. Esta norma da lugar a la baremación de la prueba, que en este caso se pasaría a denominar test. Algunos de los tests más usados para la evaluación de las dislalias son:

1. ITPA (*Test Illinois de Aptitudes Psicolingüísticas*). Esta prueba tiene como objetivo determinar la base prelingüística que el niño debe tener para poder adquirir el lenguaje de manera normalizada así como detectar aquellas dificultades específicas que impidan el avance en el lenguaje.
2. PLON-R (*Prueba de Lenguaje Oral de Navarra Revisado*). Esta prueba se aplica in situ a establecer de forma rápida el estado de desarrollo del lenguaje oral a través de un procedimiento de rastreo o “screening”.
3. BLOC (*Batería de Lenguaje Objetiva y Criterial*). Permite establecer qué niños necesitan una atención específica, diagnosticar sus problemas, identificar sus necesidades educativas, controlar su seguimiento y evolución así como recoger la información necesaria para determinar el nivel de lenguaje del sujeto.



4. ELCE (*Evaluación del Lenguaje Comprensivo y Expresivo*). Evalúa tanto los aspectos relativos a la producción como a la expresión del lenguaje.

5. ELA-R (*Exámen Logopédico de Articulación Revisado*). Tiene por objeto evaluar el lenguaje en todas sus modalidades posibles: inducido, dirigido y provocado.

Otra forma de aplicación de las pruebas estandarizadas son las escalas de desarrollo que se aplican a través de la observación.

Las escalas de desarrollo son la selección de una serie de conductas específicas y observables que siguen un orden cronológico en función de su momento de aparición. Además, permiten correlacionar las puntuaciones obtenidas con el comportamiento y niveles de aprendizaje con los niveles establecidos para los miembros de su mismo grupo de edad. El éxito de estas escalas depende de la eficacia de las conductas seleccionadas para discriminar los diferentes niveles evolutivos. Están centradas principalmente en: lenguaje espontáneo, dirigido y provocado. A continuación se van a mostrar tres ejemplos de este tipo de pruebas, concretamente éstos por considerarlos los más significativos para la evaluación de las dislalias.

1. Escala de desarrollo lingüístico de Reynell (1993). Es aplicable hasta los seis años. Esta escala está enfocada en la evaluación de la formación de conceptos y nivel de desarrollo del pensamiento simbólico, de acuerdo a dos modalidades: expresión verbal y comprensión verbal. En la primera, valora el lenguaje espontáneo para discriminar cuál es el nivel de vocabulario y conciencia del uso del lenguaje. En la comprensión verbal, se propone la relación de dos símbolos diferentes.

2. Escala Bayley de desarrollo infantil (1977). Su finalidad se centra en la valoración del desarrollo cognitivo y psicomotor en la edad temprana, puesto que se administra entre los 0-30 meses. Está compuesta por tres pruebas: la primera tiene en cuenta la medición de capacidades sensoriales y perceptivas en cuanto al desarrollo del lenguaje, función resolutoria de problemas y aptitudes para el aprendizaje; la segunda establece una escala motriz y la tercera está relacionada con factores de la personalidad y desarrollo socioemocional.

3. Diagnóstico del desarrollo Gesell (1980). Está dirigida a la población infantil de hasta seis años. La prueba se centra en las siguientes áreas de evaluación: desarrollo motriz,



del lenguaje, psicosocial y adaptativo. Su importancia estriba en la valoración del lenguaje diferenciada en dos componentes: comunicación visible y audible y lenguaje articulado. En la comunicación se tratan tanto la expresión (gestos, imitaciones y emisiones) como la comprensión. El lenguaje articulado es considerado en contexto social y dependiente de estructuras cerebrales y sensitivo-motrices.

Por tanto, las escalas de desarrollo son consideradas aproximaciones para inferir el desarrollo general del alumno porque en su mayoría no están centradas única y específicamente en el rasgo articulatorio o del lenguaje sino que ofrecen una evaluación integral de todas las áreas posibles.

b) Pruebas no estandarizadas

Las pruebas no estandarizadas son aquellos instrumentos que permiten la obtención de información específica y personal del sujeto evaluado sin ser posible comparar su rendimiento con el de otro individuo de la población. Los métodos de evaluación no estandarizada del lenguaje oral son muy numerosos y diversos. El medio por el que se obtiene la información determina la naturaleza de la prueba.

Si el método escogido es el encuentro con el paciente o familiares, hablamos de entrevista personal o familiar. Ambas dan lugar a la anamnesis e historia clínica del paciente.

La anamnesis es el término médico utilizado para designar la información recogida en la entrevista del logopeda o especialista con el propio paciente (o familia) en vista a incorporar dicha información en la historia clínica. Algunos de los datos que se obtienen son de carácter: *personal* en cuanto a su identificación e historia previa de desarrollo general, del lenguaje, psicomotor, conductual, de la salud y escolarización; *familiar* con objeto de obtener datos indicativos de los antecedentes, apoyo y contexto que rodea al niño siempre que resulte significativo para el estudio de la dificultad articulatoria.

Si se decide que el procedimiento de evaluación se lleva a cabo a través de la observación, se habla de observación conductual y muestras de habla.

La observación conductual es un registro de los comportamientos comunicativos y generales del niño para establecer los parámetros en los que se sitúa a nivel de lenguaje oral y comunicación y cuáles son las limitaciones que presenta en el momento actual.



Los aspectos en los que se ha de centrar la observación conversacional para Tough (1976) son tres: la consciencia del uso social de la comunicación, la producción del habla y la intención comunicativa.

Las muestras de habla son modelos de la producción verbal espontánea del alumno que en su análisis permiten dilucidar la posible existencia de dificultades transitorias o permanentes de la articulación.

En el *Anexo V* se plantean diferentes ejemplos de muestras de habla.

c) Pruebas específicas para la evaluación de la dislalia (estandarizadas y no estandarizadas)

1. Prueba de Desarrollo Fonológico (Bosch, 1983). Esta prueba consiste en mostrar al niño un total de diez láminas de imágenes que plantean diferentes situaciones para que diga su nombre y de esta forma, se evalúa la función expresiva, los procesos fonológicos que lleva a cabo el niño y se identifica qué fonemas están alterados así como el tipo de errores que comete: sustitución, omisión, distorsión o inserción.
2. Prueba para evaluar el Desarrollo Fonológico (González, 1989). Propone la misma metodología que la prueba anterior y difiere de ella en los procedimientos de elicitación que se dan a nivel de lenguaje dirigido e imitado.
3. Registro Fonológico Inducido (Monfort y Juárez, 1990). Se administra una muestra con un total de 57 tarjetas de imágenes para que el niño nombre las palabras que evocan esos referentes. Es el método de evaluación de la dislalia más utilizado en las escuelas por su facilidad de aplicación y consta de una hoja de registro que permite llevar a cabo un control exhaustivo sobre la expresión inducida.
4. Prueba de Articulación Fonemática (Vallés, 1990). Específicamente dirigida a la detección de dislalia de tipo funcional, evalúa las dificultades articulatorias en diferentes dimensiones: respiración, habilidad bucolingual, discriminación auditiva, articulación de fonemas en lenguaje espontáneo, entre otros.
5. Evaluación de la Discriminación Auditiva y Fonológica (Perelló, 1996). Basada en los estudios de su libro “Evaluación de la voz, lenguaje y audición”, editado en el mismo año.



6. Prueba de Evaluación del Desarrollo Articulatorio (Miras y Fernández, 1998). Se trata de un instrumento para el seguimiento del habla en edades tempranas y la consiguiente estimación de si requiere apoyo o intervención para mejorar su desarrollo.

4.6. D) Revisión de los procesos orgánicos implicados en la articulación

Los órganos implicados en el proceso de articulación son el medio por el cual se llegan a producir las emisiones vocales. Por este motivo, es preciso averiguar si existe algún fallo en su desarrollo o funcionamiento porque consecuentemente afectaría al patrón de habla. Los procesos que han de ser objeto de revisión son: los aspectos psicomotrices, la percepción y orientación espacial, la percepción temporal y rítmica y la percepción y discriminación auditiva.

Para el estudio de la *psicomotricidad* el análisis debe dividirse en conductas motrices base, motricidad buco-facial, tipo de respiración, tono muscular y relajación.

Las conductas motrices de base se pueden examinar a través del test motor Ozeretski (ideado por tal autor) en vista a explorar la capacidad de coordinación estática y en movimiento así como la rapidez motora y movimientos involuntarios como sincinesias³.

La motricidad específica utilizada en el proceso de habla se centra en los movimientos de la cara y boca porque son ellos los principales coordinadores en esta tarea. Especialmente se incidirá sobre los labios y lengua para determinar su grado de movilidad: anormal o media. También, se prestará atención al estado de los mismos durante el proceso evaluador, es decir, si muestran signos de rigidez o si por el contrario existe distensión muscular.

El conocimiento sobre el tipo de respiración del sujeto se analizará a través de su capacidad de inspiración y espiración tanto bucal como nasal, además de la fuerza, intensidad y direccionalidad del soplo. Una vez observado, se pasará a establecer una correspondencia entre el alumno con los miembros pertenecientes a su grupo de edad.

Es de interés conocer el tono muscular y capacidad de relajación del paciente antes de iniciar el tratamiento puesto que es necesario un nivel positivo de participación voluntaria para poder progresar en la intervención logopédica. El tono muscular depende en gran modo de la capacidad de relajación así que lo más importante es

³ Sincinesia: Movimiento involuntario o innecesarios que acompañan a otros.



examinar el estado potencial de relajación del niño a través de una serie de pruebas sencillas.

El estudio de la *percepción y orientación espacial* se ve facilitado al desglosarse en capacidad perceptiva y capacidad de organización espacial. En el primer caso, se examina el nivel de madurez perceptivo-motriz y en el segundo, la autoconciencia sobre las dimensiones espaciales, su integración en el propio movimiento. Se atiende también al nivel de conciencia sobre la posición y movimiento de otros referentes (tanto personas como objetos).

El diagnóstico de la *percepción temporal y rítmica* afecta a la cadencia sonora que sigue una estructura conversacional, la posibilidad de reproducir un modelo rítmico y la comprensión de una dimensión temporal que rodea al hecho de habla.

La existencia de un déficit en la *percepción y discriminación auditiva* determina de manera decisiva la producción de errores al articular pues el canal de procedencia de los sonidos está fallando. Para su evaluación lo más importante es someter al niño a una serie de exámenes orgánicos que pongan a prueba el estado de su conciencia fonológica. Este procedimiento sigue un orden secuencial de menor a mayor complejidad. Primero se evalúa la discriminación de los sonidos, más tarde de los fonemas y por último, propiamente de palabras. En caso de detectar grandes dificultades, se debe realizar una prueba de audición llamada audiometría que ofrece unos resultados exhaustivos acerca del potencial auditivo.

4.6. E) Conclusión

En definitiva, la valoración para determinar la existencia del trastorno debe centrarse principalmente en el plano del habla espontánea. Se considera que la dificultad para ese sonido se ha erradicado, cuando los niños son capaces de integrar los fonemas que se están corrigiendo en una conversación fuera del ámbito de enseñanza. En otro contexto no se le estimula para la corrección del fallo y por ello, esto demuestra que toma conciencia por sí mismo para pronunciarlo de la manera adecuada.

Las exigencias de la evaluación se centran en examinar la producción de todos los fonemas del abecedario, realizar la evaluación en base a la triple dimensión del habla y tener en cuenta la estrecha relación entre la producción lingüística y el marco geográfico de referencia.



5. METODOLOGÍA

5.1. Estudio de casos

Alumno 1 (G)

Con una edad de 5 años, cursa 3º de Infantil. Actualmente, posee una dislalia funcional. Sin embargo, en un primer momento era de tipo orgánica (audiógena). Tenía un leve déficit auditivo pero tras la intervención ha superado esta dificultad. Los errores que comete son persistentes en los mismos fonemas y se centran en la sustitución /k/, /s/. *Sustituye la /k/ por 't'. Distorsión de la /g/. Omisiones en sílabas mixtas e inversas /s/, Omisiones en inversas /n/, Omisión en trabadas, en mixtas /r/.*

Alumno 2 (I)

Tiene 5 años, cursa 3º de Infantil. Ha sido diagnosticado con dislalia evolutiva o fisiológica. Principalmente, comete fallos como omisiones en el fonema /R/ aunque también produce errores de sustitución en los fonemas /c/, /f/, /l/ y /ll/. Se define como un problema evolutivo debido a que este fallo va variando de unos sonidos a otros. Las posiciones de articulación en las que se localizan las omisiones son en la sílaba mixta, final y sinfonas. A continuación se detallan los fonemas intercambiados en la sustitución: /l/ por 'n', /f/ por 'z', /ll/ por 'ñ', /c/ por 'p', /c/ por 't'. *Ejemplos: /diafa/ por jirafa, /juga/ por juega, /tia/ por tirar, /tabien/ por también, /trator/ por tractor.*

Alumno 3 (K)

Tiene 6 años y está en 1º de Primaria. Está considerado como una dislalia evolutiva centrada en el rotacismo /R/ y en ocasiones existe alteración de otros fonemas. Sus características personales a destacar son su procedencia árabe, una capacidad intelectual límite así como una actitud de superación. La dislalia le deviene por tanto de un desconocimiento del idioma y de las diferencias fonéticas existentes entre español y árabe. A ello se le suma un retraso madurativo –causado por el historial que se detalla– y una conciencia fonológica que aún se encuentra en proceso de adquisición.

Alumno 4 (A)

Tiene 6 años y se encuentra en la misma clase que el alumno anterior. Posee una dislalia funcional, específicamente en el fonema /R/. Es también de origen árabe. El tipo de error que comete es de distorsión. El fonema que más se parece al que actualmente



reproduce es el de la /g/. Este sonido está muy presente en su lengua materna y se articula de forma muy marcada. Como características personales se señala su destreza y buena disposición hacia el trabajo.

Alumno 5 (G)

Es compañero de los dos anteriores y una edad de 6 años. La anamnesis del alumno ha puesto de manifiesto que posee una dislalia de tipo evolutivo. Su situación personal en el hogar es compleja y ello dificulta tanto su ritmo de aprendizaje como su motivación. Comete errores de articulación en el fonema /d/ y /s/. Se trata de un problema de generalización del aprendizaje. Al escucharle hablar se detectan rasgos de un habla infantilizada, es consciente de sus errores, tiene mayores dificultades en el lenguaje espontáneo puesto que no vocaliza.

Alumno 6 (E)

Tiene 10 años y está considerado como una dislalia funcional clasificada como rotacismo. Debido a su edad, se puede afirmar que el defecto se ha fosilizado (el error es consistente) y forma parte de su habla habitual. No se descarta la posibilidad de disminuirlo o extinguirlo y por ello acude al especialista del centro. El objetivo principal con este alumno es generalizar el aprendizaje.

5.2. Fundamentación metodológica

Se ofrece tratamiento logopédico a un grupo de alumnos de edades definidas entre los 5 y 10 años, y ello se debe que tener en cuenta para fijar las pautas metodológicas y un patrón estable de trabajo. El lugar en el que se lleva a cabo la intervención es el aula de Audición y Lenguaje de los colegios públicos Parque Alameda y Fray Luis de León.

Todos los alumnos -a excepción del último- se encuentran en la etapa de desarrollo preoperacional (Piaget, 1975) que comprende de los dos a los siete años. Algunos, están a punto de pasar a la etapa de las Operaciones Concretas. Pero aún conservan rasgos propios de esta edad y el más característico es el egocentrismo. Creen que el mundo es tal y como ellos lo perciben y por tanto, que todos los objetos que los rodean tienen características vitales al igual que ellos mismos. Lo que recibe el nombre de pensamiento animista. Necesitan de la experimentación personal y el contacto para la comprensión de los fenómenos que suceden a su alrededor. Les cuesta hacer varias



diferenciaciones para los objetos, también conocido como clasificación jerárquica. Sin embargo, van concienciándose y familiarizándose con las identidades. Son capaces de comprender que a pesar de la variación del aspecto de un material o cuerpo, el cuerpo sigue siendo él mismo. No tienen aún la noción de reversibilidad pero esta característica es la antesala.

De acuerdo a este esquema, es muy positiva la práctica de aula en pareja para reforzar la conciencia respecto a los otros compañeros de aula y promover un enfoque lúdico, que ayude al desarrollo y mejora de la dificultad. Las agrupaciones de dichas parejas se realizan en base a las características y diagnóstico personal de cada uno de los alumnos. Cabe destacar que el número de alumnos puede variar entre uno y tres, siendo normalmente parejas como ya se ha citado.

Las sesiones tienen una duración de treinta minutos para evitar la fatiga del alumno/s. Cada alumno recibe una media de dos horas de tratamiento semanales.

La estructuración de las sesiones consta de dos partes principales: las praxias o ejercitación bucofacial para favorecer la movilidad de los órganos implicados en el proceso de habla y en segundo lugar, el juego (o juegos, si da tiempo a hacer varios) principal. Éste último siempre persigue el fin pedagógico de la mejora del habla. Es importante alternar el tipo de actividades que se llevan a cabo para mantener la atención y concentración del alumno paciente.

El tratamiento trasciende del contexto escolar puesto que para la superación y reeducación de la dislalia se precisa incidir en el nivel del entorno social del alumno. A este fin, se le facilitan una serie de pautas a las familias que figuran en el apartado concerniente a tratamiento.

Para la dinámica de las sesiones se utiliza el procedimiento de enseñanza por imitación del maestro o dicho de otro modo, el modelado. Las modificaciones en la conducta oral se llevan a cabo través de un feedback correctivo. Consiste en que el profesor repite el discurso del alumno de forma correcta para proporcionarle el modelo de habla que debe seguir sin destacar los fallos que comete.

El factor motivacional juega un papel determinante en la ejecución práctica y es por ello que al finalizar cada una de las sesiones, si los resultados obtenidos respecto a la



participación del alumno son satisfactorios, se le ofrece una onza de chocolate. Esta técnica metodológica está basada en la teoría de condicionamiento operante de Skinner (1969). Concretamente, se refiere al refuerzo positivo que es definido como cualquier estímulo que haga aumentar una determinada conducta. Este procedimiento es utilizado por ser el más efectivo.

El ritmo de trabajo y su modificación vendrá marcado por el estado anímico y capacidad receptiva del niño. Si bien es cierto, se establece una rutina para crear un hábito de trabajo y participación.

5.3. Modo de intervención. Tratamiento

5.3. A) *Tratamiento indirecto*

El objetivo en última instancia del programa es activar las bases funcionales implicadas en el proceso de articulación, que se agrupan principalmente en tres categorías: motricidad bucofacial, procesos respiratorios y discriminación auditiva.

a) Motricidad bucofacial

Normalmente, se da una relación directa entre la existencia de dislalia –ya sea evolutiva o funcional- y una limitación o retraso de las funciones psicomotrices. Por ello, se hace necesario ejercitar especialmente las funciones motrices relacionadas con el proceso de habla a saber: boca y rostro. Este proceso es considerado como una educación de dichas funciones para favorecer su sincronía cuando el alumno practique la expresión oral. En definitiva, el objetivo es estimular la agilidad y coordinación motora de estos movimientos. Si bien es cierto se hace mayor hincapié en el tratamiento de lengua y labios porque son los órganos activos implicados en esta tarea. En último lugar, es necesario el trabajo de las cuerdas vocales y apertura y cierre de la glotis pues son la fuente de producción de los sonidos.

Para su ejecución se proponen los siguientes objetivos didácticos:

- Consolidar el movimiento, tono, fuerza, control y elasticidad de la lengua.
- Fortalecer la musculatura, elasticidad y relajación de los labios.
- Ejercitar los diferentes grados de apertura mandibulares así como su desplazamiento lateral.



Este trabajo se llevará a cabo de forma progresiva, incrementando la dificultad de los movimientos cuando se haya logrado y generalizado la realización de otros más sencillos.

b) Procesos respiratorios

En este apartado se abarca tanto la respiración como el soplo por considerarlos procesos dependientes.

Se establecen diferentes fases para profundizar en su intervención: concienciación de los órganos implicados en la respiración, valoración de su propia respiración y práctica del tipo idóneo de respiración con el objetivo de constituir una adecuada base para la articulación. Fundamentalmente se ha de destacar la secuencia de inspiración para sentir como se va llenando los pulmones de aire. En segundo lugar, se subrayarán los aspectos relativos al soplo (expiración).

Es muy importante enseñar a diferenciar al niño los tipos posibles de respiración: diafragmática o abdominal y torácica. En el primer caso para hacer consciente al niño de cómo se mueve su cuerpo cuando practica este tipo de respiración, se debe colocar una mano al nivel del abdomen y otra al nivel del pecho. La mano que se encuentra más abajo debe notar el movimiento y la que se sitúa en el pecho debe permanecer relativamente inmóvil. Se puede realizar este ejercicio colocando al niño en posición horizontal porque en esta posición, es inevitable el uso de la respiración abdominal. Al llevar a cabo la respiración torácica sucede el efecto contrario, el pecho se expande y el abdomen se contrae.

La más ventajosa sería la respiración diafragmática porque implica menor esfuerzo muscular y mejora la circulación sanguínea.

Los objetivos didácticos que se persiguen en este caso son:

- Tomar conciencia sobre el proceso de inspiración y expiración nasal y del tronco.
- Experimentar el control, fuerza, intensidad y direccionalidad del soplo.

c) Discriminación auditiva

En la dislalia se da una percepción alterada de los estímulos auditivos afectando a los diferentes niveles de la conciencia fonológica: sonidos, fonemas, grupos de fonemas y palabras. El defecto se puede localizar a nivel de percepción espacial o temporal del



habla. Es preciso educar en el reconocimiento y discriminación fonética para llegar a lograr que la articulación tenga un alto grado de inteligibilidad. La ejercitación se pretende abordar desde las distintas cualidades sonoras: timbre, intensidad, altura y duración; y de forma progresiva.

Los objetivos didácticos marcados para este entrenamiento son:

- Advertir diferencias auditivas entre sonidos similares.
- Ejercitar la memoria auditiva secuencial a través de diferentes ritmos.
- Repetir ritmos conformados por vocales y consonantes de acuerdo al modelo ofrecido.
- Discriminar paulatinamente entre sonidos, fonemas, grupos de fonemas en aislado y palabras.

5.3. B) Tratamiento directo

a) Formas de articulación de los fonemas alterados

Anteriormente se ha citado que los fonemas alterados eran los siguientes: /d/, /f/, /g/, /k/, /l/, /s/ y /R/. Sin embargo, a continuación solo se va a realizar una muestra de los pasos para conseguir la articulación correcta de los fonemas /g/ y /R/ por considerar que la explicación de todos ellos excedería la extensión del trabajo. Se han seleccionado los errores que tienen una mayor incidencia de aparición.

Este material ha sido extraído de uno de los estudios publicados por Perelló⁴ (1973).

Fonema /g/

1. En el lavabo del aseo, se da un vaso de agua al niño. Se introduce el líquido en la boca y se comienzan a hacer gárgaras.
2. Se pone el dedo pulgar e índice sobre el cuello por encima del cartílago tiroides. Después, se expulsa el agua.
3. En el aula, el niño se coloca frente al espejo. El profesor sitúa una espátula en la punta de la lengua del alumno por detrás de los incisivos inferiores.

⁴ Perelló, J. (Autor), Ponces, J. y Tresserra, L. (Colabores). (1973). *Trastornos del habla*. Barcelona.



4. Se extrae la espátula e intenta colocarse la lengua a media altura en la boca -sin tocar el paladar ni tampoco el frenillo labial o parte inferior- sin ayuda de la espátula. A continuación se trata de producir de forma muy leve y controlada una corriente aérea.

5. Se repite este paso tratando de producir el fonema y ahora se colocan nuevamente los dedos pulgar e índice para sentir la vibración laríngea.

Fonema /R/

1. Doblar la punta de la lengua hacia arriba y hacia atrás, con ayuda de los incisivos superiores.

2. Doblar la punta de la lengua hacia abajo y hacia atrás, con ayuda de los incisivos inferiores.

3. Doblar la lengua en sentido sagital, hasta unir los bordes con ayuda de los labios.

4. Llevar la punta de la lengua hacia arriba, estando el resto de ella en sentido horizontal.

5. Golpear la cara anterior y posterior de los incisivos superiores, rápidamente con la punta de la lengua.

6. Colocar la punta de la lengua entre los labios y hacer vibrar éstos con rapidez.

7. Con la punta de la lengua golpear ligeramente los alvéolos superiores.

8. Con la punta de la lengua, rozar rápidamente los alvéolos superiores: en dirección hacia dentro de la boca con la cara superior de la lengua; en dirección afuera con la cara inferior.

9. Articular rápidamente /la, la, la, la, la.../. Fortalecer la musculatura lingual. El fonema /l/ tiene una disposición similar en cuanto a su pronunciación en relación con el fonema /r/. Podríamos llamarle 'fonema antecesor'.

10. Articular rápidamente el fonema /t, t, t, t, t/.

11. Articular rápidamente el fonema /d, d, d, d/.

12. Combinar los dos ejercicios anteriores /t, d, t, d, t, d/.



13. Articulación de las palabras en las cuales la /r/ forma parte de la sílaba átona. Se prueba con palabras como: *toro, mira, era y cura*). Se repite esta serie dos veces.
14. Repetir el ejercicio anterior haciendo que pase de vocal fuerte a tónica débil. Se prueba con palabras como: *María, sería, herido, Teresa, anterior*, etc.
15. Aprovechar la vecindad de las /l/ para provocar una /r/. Se prueba con palabras como: *alelí, alelé, alelú, aleló, alelá*.
16. Hacer articular /tl/ para sustituir por /tr/. Se prueba con palabras como: *tlabajo, tles, tluco*. Se repite esta serie dos veces.
17. Emisión de vocal seguida de /r/.

b) Tests de intervención

1. Fichas de recuperación de Dislalia (Vallés, 1995). Este test consta de una serie de actividades o ejercicios preventivos tendentes a eliminar el riesgo de que se consoliden malos hábitos de pronunciación, ofreciendo ejercicios específicos de reeducación. Algunas de sus actividades específicas son: ejercicios de respiración, soplo, ritmo, ejercicios linguolabiales, de discriminación auditivo-fonética y de corrección específica de los fonemas.
2. Integración de fonemas en el lenguaje espontáneo (Acero y Valero, 2002). Esta prueba pretende estimular y desarrollar aptitudes psicolingüísticas inherentes a los procesos de comunicación a nivel representativo, automático y global. Las actividades están dirigidas a la pronunciación de fonemas concretos en el lenguaje espontáneo.
3. Loto fonético 4 (Monfort y Juárez, 1995). El presente test persigue reeducar los trastornos de la pronunciación como la discriminación auditiva, la preparación motriz, corrección o aprendizaje del fonema, situación de expresión controlada o inducida, situación de expresión espontánea y la automatización.
4. Cicerón. Programa para la adquisición y desarrollo de la capacidad articulatoria (Sevaine, 2009). Se pretende lograr un total dominio articulatorio de todos los fonemas y grupos de fonemas, desarrollar los prerequisites necesarios para la correcta emisión del habla y desarrollar la capacidad para emitir los diferentes fonemas de forma aislada. Las



actividades específicas se basan en los requisitos para la correcta emisión del fonema y corrección de las alteraciones existentes.

5. Imágenes para el entrenamiento fonético (Bustos, 1995). Los objetivos de esta prueba son realizar ejercicios de entrenamiento de labios y lengua para fortalecer la correcta articulación de los fonemas y realizar ejercicios respiratorios de emisión. Ello se lleva a cabo a través del uso de láminas de molde articulatorio de los diferentes fonemas.

6. El tren de las palabras (Monfort y Juárez, 1995). Se pretende recuperar al máximo el retraso en situaciones reales de comunicación o corregir los defectos partiendo de situaciones operativas de interacción comunicativa al mismo tiempo que entrenar la reeducación del habla y lenguaje. El niño va progresivamente construyendo enunciados (formando el citado tren) y adquiriendo consciencia sintáctica.

7. Ejercicios de terapia miofuncional (Monge, 2005). A través de la creación de un entorno lúdico, busca ejercitar la musculatura de la zona orofacial. Las actividades se basan en praxias labiales y linguales, juegos con dado y lámina de soporte: repasar y pintar.

8. Prevención de dislalias (Pita, 1988). La autora quiere que el niño tome conciencia de sus órganos fonoarticulatorios, los agilice y domine. También se trata de procurar la discriminación de percepciones de sonidos y ruidos en función de sus características fundamentales.

c) Práctica educativa

Las sesiones están divididas en dos partes fundamentales: la ejercitación de praxias y ejercicios bucofaciales y un posterior juego para la participación e interacción entre los alumnos, que a través de su carácter recreativo pretende tratar la dificultad articulatoria específica (*Consultar Anexo IV*).

6. CONTEXTO

6.1. Factores socioculturales asociados

Factores como la existencia de población inmigrante y minorías étnicas delinean el ambiente cultural en que se ha desarrollado la intervención logopédica de la dislalia. El estudio se ha llevado a cabo en dos centros públicos de la capital vallisoletana: CEIP F.L. y P.A.



Estableciendo una comparativa entre ambos colegios, la proporción de alumnado inmigrante es muy superior en el CEIP F.L. En la última década el barrio Delicias – contexto del citado centro- ha cambiado su configuración social debido a la llegada de población extranjera. La mayor parte de la ratio en las escuelas está compuesta por alumnado de origen árabe. Esto se personaliza en una modificación de la forma de enseñanza de los colegios debido a la adaptación y aceptación de culturas muy diferentes a la española. Idealmente la diversidad crea riqueza. Sin embargo, encontramos casos en los que esa adaptación a la vida y costumbres propias de nuestro lugar no llega a producirse. Por lo tanto, son las instituciones educativas las que deben de cambiar sus métodos para favorecer el acercamiento e inclusión de todas las asociaciones que conforman la comunidad educativa. En consecuencia, el aprendizaje de un nuevo idioma, formas de expresión y comprensión de un sistema socioeconómico diferente producen la búsqueda de otros objetivos curriculares y educativos por parte de los profesores y confieren otro ritmo en el proceso de enseñanza-aprendizaje.

Lo cual repercute de manera directa sobre la intervención en el aula de Audición y Lenguaje. La mayor parte de los sujetos que forman parte del estudio tienen origen extranjero por lo que el tratamiento de la dislalia pasa a convertirse en un factor resultante de las dificultades para el aprendizaje del idioma español (factor sociogeográfico).

En el caso del colegio P.A, el contexto es distinto. Parte de su alumnado está constituido por minorías étnicas como población gitana pero más de un 70% del total son residentes en la zona o con familiares que viven en este barrio. Este hecho da lugar a una realidad educativa que presenta objetivos y proyectos como el bilingüismo e incluso el plurilingüismo. La consecuencia directa de este hecho es que los alumnos a los que se ofrece tratamiento logopédico (entiéndase para la dislalia) son en su totalidad de nacionalidad española. Al tomar en consideración que su idioma materno es el autóctono, los objetivos didácticos para el tratamiento de la dislalia se ven seriamente diferenciados respecto al otro centro. En este caso, la etiología pudiera localizarse propiamente en rasgos orgánicos.

7. EXPOSICIÓN DE RESULTADOS

Tras realizar una investigación acerca del citado trastorno puedo afirmar que he sido consciente de que a pesar de considerarse un trastorno simple a priori, cuanto más he



profundizado en su lectura más tenía la sensación de estar tejiendo una red de conocimientos muy elemental.

Las partes más complejas para la realización del trabajo han sido localizar una clasificación clara y al mismo tiempo con una fundamentación lo más completa posible. Según el manual que se tome de referencia, se establece una categorización diferente y este rasgo dificultó mucho la clarificación de los aspectos básicos en que iba a esquematizar el estudio. Una vez que situé el libro que iba a tomar como referencia para este apartado, empecé a escribir la serie de puntos que pretendía tratar.

En cuanto al desarrollo de la programación, pude gozar de la oportunidad de llevar a cabo una intervención en alumnos diagnosticados con dislalia. Los puntos fuertes del tratamiento fueron tener un proceso de observación previo del profesor de prácticas escolar para ver qué directrices seguía para organizar las sesiones, la provisión de bibliografía específica sobre el tema, la puesta en práctica de sesiones con materiales logopédicos especializados y de diseño propio y la valoración del impacto que he causado a nivel del paradigma educativo. Los aspectos a mejorar son dirigidos a cómo estructurar la intervención y registrar los avances producidos. Siendo más concreta, de cara al futuro hubiera planteado un proceso de seguimiento profundo de cada uno de los sujetos participantes a través de una hoja de registro.

Esta hoja de registro constaría de los objetivos o estándares educativos que pretendo que cada alumno alcance de acuerdo a sus capacidades personales y estarían divididos en tres columnas tal y como se muestra en el ejemplo que facilito a continuación.

Pronunciación del	No adquirido	En proceso	Generalizado
fonema /r/ en posición trabada		X	

Si el alumno es capaz de elicitar dicho fonema en algunas ocasiones, se marcaría con una X la casilla de ‘en proceso’, si aún no llega a lograrlo ‘no adquirido’ y si es capaz de pronunciarlo en cualquier contexto sin necesidad de repetición ‘generalizado’.

Previo a ello, existiría un apartado para escribir el nombre del niño y un panel donde se anotase su edad e intereses personales. La intervención para el tratamiento de la dislalia



a través de los gustos del infante hubiese sido altamente enriquecedora como maestra y motivante para el alumno.

A continuación habilitaría una casilla relativa a observaciones en la que detallaría los rasgos comportamentales y de motivación. Este esquema está tomado del modelo de plantilla ofrecido por la Junta de Castilla y León para realizar la evaluación trimestral de los alumnos. Sin embargo, si se valora el avance de cada uno de ellos semanalmente en una de estas hojas y se toma en cuenta sus rasgos característicos se podría haber logrado una investigación más completa y eficiente.

De modo que con la experiencia y conocimiento del que dispongo actualmente y sin haber realizado un registro formal, no sería capaz de establecer una evaluación específica de los cambios producidos en cada uno de los alumnos de la muestra desde el diagnóstico base proporcionado. No obstante, quisiera recoger a grandes rasgos los avances observados.

El alumno 1 es ya capaz de pronunciar correctamente la /g/ en determinados contextos, al ser la inicial de su nombre la pronuncia bien al elicitarlo. Sin embargo, en una situación de habla espontánea sigue existiendo distorsión. El logro más claro ha sido el aprendizaje del sonido /k/ que se ha trabajado a través de gárgaras con agua, discriminación auditiva y oral de imágenes casi homófonas y que únicamente se diferenciaban en la posesión del fonema /k/ o /t/ para la misma posición, como por ejemplo: ‘carta’ y ‘tarta’. Al colocar la garganta estirada, se facilitaba la apertura de la glotis y consiguiente mejora en la pronunciación.

Con el alumno 2 se ha incidido en la ejercitación del fonema /R/ que produce inalterablemente en posición trabada. Al proporcionar un depresor higiénico al alumno, la pronunciación se veía mejorada. Cuando no disponía de él, en el lenguaje espontáneo seguía reproduciendo el mismo error por lo que se considera que el fonema está en proceso de adquisición.

El déficit de los alumnos 3 y 4 está basado en su dificultad para el aprendizaje del idioma. En el caso del alumno 3, el error se produce por la falta de conciencia fonológica y la pronunciación del sonido /R/ se realiza correctamente en ocasiones a pesar de ofrecer el feedback correctivo. En definitiva, es preciso seguir paulatinamente este proceso a medida que avanza el desarrollo socioemocional del alumno y va



umentando su madurez personal. El alumno 4 ha logrado mayores avances en menor tiempo, consiguiendo pronunciar el sonido /R/ invariablemente gracias a la ejercitación de la musculatura lingual y la desaparición de la sustitución de este fonema por el sonido /gu/, causado por su procedencia árabe.

El alumno 5 ha tenido una evolución muy notable en la mejora de la pronunciación del fonema /d/, que en su caso era el que estaba más alterado. En muchas ocasiones, producía sustituciones, distorsiones y omisiones del citado fonema pero desde el principio no se debían a un desconocimiento o dificultad para su producción sino a una llamada de atención del alumno. Es especialmente importante el factor relacional entre profesor y alumno, el clima era cariñoso y distendido. Sin embargo, no se puede desligar esta característica del apoyo familiar que en el caso de ser intermitente afectaba a su desarrollo personal y consecuentemente, a sus rasgos de habla.

El alumno 6 sigue estable en su problemática inicial, el tratamiento impartido puede no haber resultado eficaz para que se produjese de modo natural la evolución en el niño. En otras palabras, no he logrado intervenir exitosamente para producir su mejoría.

Personalmente, debo apuntar que la organización de la intervención que he ofrecido en el período de prácticas ha carecido de una fundamentación teórica de carácter reflexivo, previa a la ejecución de la intervención.

CAPÍTULO III

1. ANÁLISIS DEL ALCANCE DEL TRABAJO

En este apartado figura la relación existente entre los resultados obtenidos en el proyecto y el cumplimiento de los objetivos marcados a su inicio.

Tras haber buscado y consultado aquellas fuentes bibliográficas más fiables y que mejor se ajustaban a la temática elegida, se puede afirmar que al leer el presente trabajo se extrae una idea general acerca de en qué consiste el trastorno, cuáles son sus variedades clínicas así como aquellas semejanzas y diferencias que guarda con patologías anexas. Al estar en posesión de dicho conocimiento, se facilita la realización de la labor educativa en cuanto a detectar su posible aparición en el aula.



Se ha procurado incidir en el tratamiento de la dislalia a nivel de práctica educativa aunque la falta de un plan mejor estructurado y con una mayor concreción de la práctica habría mejorado el nivel de los resultados obtenidos. No obstante, en líneas generales ha existido una mejoría visible para los participantes en el estudio.

El hecho de llevar a cabo esta investigación en el contexto de un aula y colegio particular, determina que los procedimientos siguen las directrices y estructura marcadas por el modelo de enseñanza que lidera la clase y en un contexto más amplio, el ideario personal del centro. Es decir, esta variable delimita la puesta en práctica por parte del “investigador”.

A través del estudio de casos, se facilita la información relativa a los sujetos participantes tanto a nivel evolutivo, cognitivo, de rendimiento académico y social. Cobra gran importancia el contexto familiar, puesto que factores como el bilingüismo – en casa habla su idioma materno y en el colegio aprende un segundo- o la falta del debido apoyo parental pueden afectar negativamente para la superación de la dificultad. Gracias al conocimiento de los fonemas alterados, se puede establecer un plan de trabajo que se ajuste a las necesidades específicas de cada alumno en cuestión. Por supuesto, esta ayuda ha de ser compartida con las familias y es por ello que en el *Anexo II* figuran pautas para favorecer una correcta articular durante el desarrollo infantil.

Respecto al incumplimiento de los objetivos, cabe destacar que existen específicamente tres que no he tratado con la especificidad a la que hacía mención y son: 1) determinar si existen antecedentes en el núcleo familiar, 2) recopilar datos sobre su escolarización previa y 3) evaluar la articulación en todas sus variantes, tanto en el lenguaje espontáneo como en el lenguaje inducido y dirigido.

Respecto a la evaluación, cabe destacar que no ha seguido una estructura estandarizada y un orden cronológico por lo que no es posible ofrecer una valoración específica de cada uno de los tres niveles. Sin embargo, la práctica sí se ha basado en el tratamiento de la dificultad en el lenguaje espontáneo, en el lenguaje inducido y dirigido a través del feedback correctivo ya citado previamente.

2. CONSIDERACIONES FINALES

En este apartado se van a detallar aquellos aspectos que merecen ser destacados al diagnosticar un caso de dislalia. Tras la experiencia y tratamiento de la misma como de



alumna de prácticas, en el futuro tendré presentes dichas directrices y una organización más detallada y focalizada hacia cada problemática natural de los alumnos dentro del diagnóstico marcado.

1. Es necesario realizar un diagnóstico completo e individualizado, basado primeramente en la etiología y no sólo en la sintomatología. Es decir, que se busquen más las causas que las consecuencias de la alteración.
2. Se requiere realizar un tratamiento pluridimensional. Se tratarán sobre todo las causas motivadoras de la dislalia, en particular los factores más inmaduros o disminuidos de la dislalia y no solamente la articulación defectuosa.
3. Cuando más precoz sea el diagnóstico y tratamiento, mejores serán las expectativas y resultados para el desarrollo personal y socioemocional del niño. Esta es la mejor medida para corregir la dislalia en cuanto a que se fije y refuerce el defecto articulatorio, al mismo tiempo para moldear los órganos implicados y obtener éxito en el tratamiento. El seguimiento continúa con que el niño curse Educación Infantil para favorecer los factores madurativos necesarios para la correcta articulación. Esto favorece el desarrollo psicomotor, el conocimiento, la organización de su esquema corporal, la correcta estructuración espacio-temporal, la percepción visual, auditiva y kinestésica y la práctica de la expresión corporal.
4. Se debe mejorar la relación interpersonal entre el profesor y el alumno para solucionar un posible bloqueo emocional que éste pueda manifestar.
5. A la vista de la importancia de los factores psicológicos y su relación con los problemas en el ámbito familiar, es necesario trabajar la educación e integración familiar para lograr una convivencia estimulante, positiva y gratificante para el niño.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

LIBROS

Álvarez, L. (2005). *La palabra y el ser en la teoría literaria de Unamuno*. Salamanca: Ediciones Universidad Salamanca.

American Psychiatric Association (APA). (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV-TR*. Barcelona: Masson.

American Psychiatric Association (APA). (2014). *Manual diagnóstico y estadísticos de los trastornos mentales DSM-5*. Madrid: Panamericana.

Bendersky, B. (2004). *La teoría genética de Piaget. Psicología evolutiva y educación*. Madrid: Longseller.

Chaplin, C. (1965). *Historia de mi vida*. Madrid: Taurus.

Chevallard, Y. (2002). *La transposición didáctica. Del saber sabio al saber enseñado*. Argentina: Aique.

Chomsky, N. (1979). *Sintáctica y semántica en la gramática generativa*. Madrid: Siglo XXI Editores.

López, M. (2004). *Construyendo una escuela sin exclusiones. Una forma de trabajar en el aula con proyectos de investigación*. Málaga: Aljibe.

Marchesi, A., Coll, C. y Palacios, J. (1990). *Necesidades educativas especiales y aprendizaje escolar*. Madrid: Alianza Psicología.

Perelló, J. (Autor), Aguilar, J., Ponces, J. et als (Colaboradores). (1971). *Perturbaciones del lenguaje*. Barcelona: Editorial Científico Médica.

Piaget, J. (1954). *Language and thought from the cognitive point of view*. Reino Unido: Penguin Books.

Sevaine, M. P. (2004). *Cicerón. Programa para la adquisición y desarrollo de la capacidad articuladora*. Madrid: CEPE.

Vallés, A. (2002). *Fichas de recuperación de dislalias*. Madrid: CEPE.



Vigotsky, L.S. (1962). *Thought and language*. Massachusetts: The MIT Press.

MEDIOS ELECTRÓNICOS

Cañones, P. (2015). ¿Influye el hecho de ser hombre o mujer en la manera de respirar? *Revista Quo*. Recuperado de <http://www.quo.es/salud/influye-el-hecho-de-ser-hombre-o-mujer-en-la-manera-de-respirar>

Martínez-Salanova, E. y Peralta, I. (s.f.). El pequeño salvaje. *La privación de la socialización por abandono*. Recuperado de <http://www.uhu.es/cine.educacion/cineyeducacion/temaspequenosalvaje.htm#La%20verdadera%20historia%20del%20ni%C3%B1o%20salvaje%20de%20L%E2%80%99Aveyron>

Mendoza, E. y Carballo, G. (1990). La evaluación del lenguaje en la edad preescolar. *Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología, Volumen 2*, 84-90. Recuperado de http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=13152814&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=309&ty=7&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=309v10n02a13152814pdf001.pdf

Miras, F. y Fernández, M. (1998). Prueba de Evaluación del Desarrollo Articulario (EDA). En *Redined*. Recuperado de <http://redined.mecd.gob.es/xmlui/handle/11162/57843>

Muros, C. (2012). Rotacismo. En *Orientación Andújar*. Recuperado de <http://www.orientacionandujar.es/wp-content/uploads/2013/05/rotacismo.pdf>

Puyuelo, M., Renom, J. y Solanas, A. (2003). BLOC-Screening y BLOC-Info: aportaciones recientes a la evaluación del lenguaje. *Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología, Volumen 23*, 195-210. Recuperado de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0214460303757635>



BIBLIOGRAFÍA

LEGISLACIÓN

Real Decreto 1393/2007, de 29 de octubre, por el que se establece la ordenación de las enseñanzas universitarias.

Real Decreto 126/2014, de 28 de febrero, por el que se establece el currículo básico de la Educación Primaria.

MANUSCRITOS NO PUBLICADOS

Flores, V. (2014-2015). *Evaluación e intervención en los trastornos del habla*. Manuscrito no publicado. Universidad de Valladolid.

Serrano, N. (2014-2015). *Evaluación e intervención en los trastornos del lenguaje y sistemas alternativos de comunicación*. Manuscrito no publicado. Universidad de Valladolid.

LIBROS

Perelló, J. (Autor), Ponces, J. y Tresserra, L. (Colaboradores). (1973). *Trastornos del habla*. Barcelona: Editorial Científico Médica.

Perelló, J. (1996). *Evaluación de la voz, lenguaje y audición*. Barcelona: Ediciones Lebón.

Pascual García, P. (2002). *La dislalia. Naturaleza, diagnóstico y rehabilitación*. Madrid: CEPE.

Gallego Ortega, J. L. (2000). *Dificultades de la articulación en el lenguaje infantil*. Málaga: Ediciones Aljibe.

Claustre, M. y Gomar, C. (2010). *Alumnado con pérdida auditiva*. Barcelona: Graó.

Lahey, M. y Bloom, L. (1988). *Language disorders and language development*. Chicago: Prentice Hall.



ANEXOS

ANEXO I. POSICIÓN DEL APARATO BUCOFONADOR PARA PRONUNCIAR LOS FONEMAS /g/ y /R/

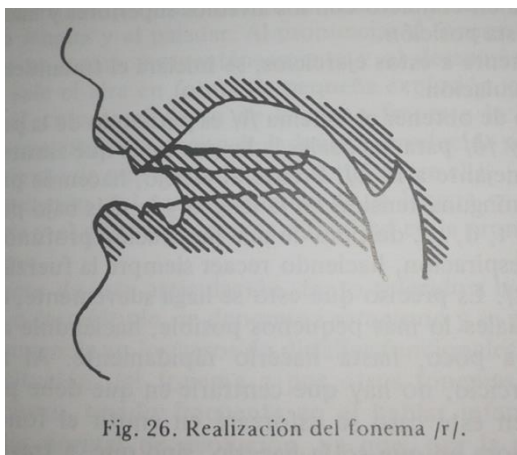


Fig. 26. Realización del fonema /r/.

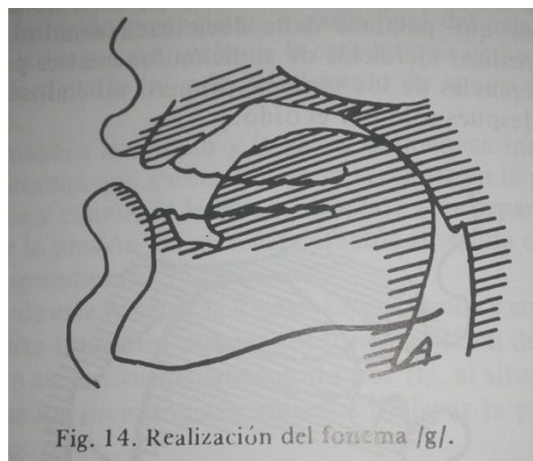


Fig. 14. Realización del fonema /g/.

ANEXO II. PAUTAS PARA LOGRAR LA CORRECTA ARTICULACIÓN INFANTIL PROPORCIONADAS A LAS FAMILIAS

Ejemplo del documento proporcionado por la tutora del centro para la mejora del defecto articulatorio

INTRODUCCIÓN

La actuación temprana e indirecta es recomendable en la fase incipiente de un habla imprecisa. El alumno al terminar la etapa de educación infantil debe ser capaz de reproducir correctamente todas las sílabas que conforman una palabra. Además, no debe alterar el orden sintáctico de las mismas para construir oraciones. El vocabulario debe estar aumentando paulatinamente, también ha de poder resumir lo que se ha hecho o contado.

INSTRUCCIONES BÁSICAS

-Hablarle lentamente, con entonación normal y pronunciación clara.



- Hablar con claridad y articulando bien. Evitar repetir las palabras mal articuladas por el niño aunque sean graciosas.
- Utilizar un vocabulario apropiado, enmarcado en frases sencillas y cortas.
- Tratar de responder a las preguntas del niño con precisión.
- Hablarle de cosas que le interesan y pueden llamar su atención.
- Introducirse en sus juegos, de forma que se favorezca el diálogo.
- Darle ocasión para contar lo que ha hecho y lo que piensa, evitando hacerle excesivas preguntas y animándole a hablar en situaciones de no tensión.
- Comenzar tranquilamente usando “turnos”. Respetar los turnos conversacionales en la familia.
- No adelantarse y no concluir ni las palabras ni las oraciones que a él le cuesta decir.
- Darle confianza, que sienta que lo que dice es importante y que va a ser escuchado.
- Evitar cualquier comentario o expresión facial que muestre desaprobación del habla del niño, por el contrario, se debe tratar de adoptar una expresión neutra (como si hablara bien).
- Leerle desde pequeño cuentos, para incrementar su vocabulario y aficionarle a la lectura.

(SAMPEÑO, 2015)

ANEXO III. BILINGÜISMO

Para Perelló (1973) la educación y el contexto sociolingüístico se han considerado principales responsables de determinadas patologías del lenguaje, tales como el retraso del habla, la disfemia, así como ciertas dislalias; sin llegar a ser consideradas como un factor determinante en regiones plurilingües. Algo semejante tiende a suceder cuando una persona abandona su lengua materna por circunstancias variadas y se encuentra ante la necesidad de aprender su nueva lengua de acogida. Estas personas encontrarán ciertas dificultades en la articulación de determinados fonemas o sonidos como consecuencia de su adaptación lingüística. En situaciones limitadas, la persona que está en proceso de



aprendizaje de la lengua extranjera, puede llegar a realizar una articulación “adecuada”, pero en ningún caso llegara a hablar como un nativo de dicha lengua.

Ahora bien, partimos de la premisa de que ningún hombre es capaz de pronunciar y articular correctamente todos los fonemas, ya que son ilimitados. Por tanto, se ha de considerar que cada individuo solo articulará perfectamente los sonidos de su lengua madre, ya que lleva ejercitando su conciencia fonética desde su infancia. La *mogilalia* nacional o dialectal es la incapacidad para articular los fonemas de idiomas foráneos.

Se debe tener presente que cada idioma presenta una gran variabilidad fonética, y debido a ello, se ha de reseñar que estas diferencias dialectales pueden ser la base de las dificultades específicas en el aprendizaje de una nueva lengua. Consecuentemente no se les debe restar importancia, sino considerarlas un factor predominante.

ANEXO IV. SESIONES

EJEMPLO DE SESIÓN. ROTACISMO

Para la primera parte de la clase, se lleva a cabo una oca de praxias para realizar un calentamiento de los músculos bucofaciales.



Progresivamente, el trabajo se centra en el aprendizaje de la pronunciación del fonema /R/ y las praxias se centran en la adquisición de fuerza y coordinación de la lengua colocándola en las distintas posiciones velares y palatales y provocando ‘pedorretas’ de forma intercalada.

El juego principal en el día de hoy se propone el juego de profesiones con la /R/. Se trata de una serie de tarjetas con dibujos que muestran cada uno una profesión y el objetivo es ligarla con la correspondiente imagen en la que aparece el trabajo que desempeñan estas personas. Todas ellas contienen el fonema /R/ tanto en posición canónica como en trabada o sínfon.



EJEMPLO DE SESIÓN. GAMMACISMO

Esta sesión fue diseñada para el alumno 1 que cometía errores de distorsión para el fonema /g/.

En la primera parte de la sesión, se realizaron ejercicios de calentamiento para la zona bucal. Lo que más estimula la producción de este sonido es hacer gárgaras con agua e intentar imitar determinados sonidos con el líquido en la boca. De forma paralela, se trabaja la fuerza y direccionalidad de la inspiración y el soplo a través de ejercicios con pajita para sorber el agua, retenerlo y finalmente, expulsarlo.

Para la parte principal de la sesión, se propuso el juego del veo-veo en el que aparecen una serie de dibujos que o bien se pronuncian con el fonema /g/ o /gu/. De este modo, se trabaja la discriminación auditiva y pronunciación para la diferenciación fonética de ambos sonidos. A continuación figura dicha lámina.





EJEMPLO DE SESIÓN. KAPPACISMO

Esta sesión también fue propuesta para el alumno 1 respecto a sus dificultades para la producción del fonema /k/, que invariablemente pronunciaba como 't' (error de sustitución).

La primera parte se dedicó a la relajación de la zona de la garganta y específicamente, a la glotis. Para la producción del sonido /k/ es preciso aprender a abrir y cerrar la glotis. Se ejercitó dicha zona gracias a ejercicios como tragar saliva o provocar voluntariamente la tos (que es el sonido más parecido al citado fonema).

Para descartar que el error se localizase en el nivel fonético durante la segunda fase se presentó un juego de diferenciación fonética de tarjetas con el dibujo de palabras que eran casi homófonas, se diferenciaban en el uso del fonema /k/ o /t/. Por este motivo, se presentaban de dos en dos. El profesor iba pronunciando el nombre del objeto o realidad al que hacía referencia una de las tarjetas y el alumno señalaba de cuál de ellas se trataba. En función de su respuesta, las imágenes se clasificaban en dos montones (/k/ y /t/).

Ejemplos de parejas: tarta-carta, puerto-puerco, pato-Paco, cubo-tubo, tapa-capá, etc.

La última parte estaba dedicada a la pronunciación por parte del alumno. En este caso, el procedimiento era que el profesor le ofrecía una imagen al azar y el niño decía su nombre en voz alta. En caso de existir duda, se le preguntaba si creía que era el sonido de la tos (/k/) o el de morderse la lengua (/t/).

ANEXO V. MUESTRAS DE HABLA

Dislalia evolutiva. Muestra de un varón con una edad de 4 años. “Eso hase por el furbó. Una pampaña (campana) hase din, din y po (después) se acaba hase din, don. Aquí pata falta uno, dos, tres, fuatro... Un añón (avión) si que veva (vuela) a ratos. Patillos (platillos). Aquí están en la carsel (clase). Se marea, empera (espera), mira el oto día un ten (tren) con chu-chu y beba (lleva) a los niños. La peluca le está pemnando (peinando). Se me manchó de cocolate (chocolate). Y ahora hase gángaras (gárgaras)”.



Dislalia funcional. Rotacismo en el que se da una sustitución del fonema /R/ por ‘l’.

“Y en la sombra del foque abría su

Lírico floripondio de ceceles el

Negro catedrático:

Navega velelo mío

Sin temol

Que ni enemigo navío

Ni tolmenta ni bonanza

A tolcel tu lumbo alcanza,

Ni a sujetal tu valol”.

(RAMÓN DEL VALLE INCLÁN, *Tirano Banderas*, Prólogo.)