



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 N° 14 – ENERO DE 2009

“DISLALIAS”

| |
|--|
| AUTORÍA LAURA GARCÍA PADILLA |
| TEMÁTICA DISLALIAS |
| ETAPA EI, EP, ESO... |

Resumen

Se considera dislalia cuando a partir de los seis años, no han acabado de adquirir todos los fonemas sin que exista causa que lo justifique y se define como una perturbación permanente de la pronunciación de un fonema de origen funcional, que hay que distinguirla de una inmadurez articulatoria que se trata menos de una incapacidad para pronunciar los fonemas que de una falta de agilidad para pasar rápidamente de una postura o movimiento a otro y de una dificultad para discriminar fonemas parecidos. Su etiología es parecida a la dislalia, aunque con una mayor incidencia del aspecto perceptivo auditivo.

Palabras clave

Definición de dislalia, clasificación, diagnóstico y tratamiento.

1. DISLALIA:

Se llama dislalia a una perturbación permanente de la pronunciación de un fonema de origen funcional. Se aplica esta terminología a partir de los cuatro años ya que antes de esa edad las dificultades de la articulación entran dentro de la dinámica del aprendizaje.

Los síntomas pueden clasificarse en:

- Omisión: el niño omite el fonema que no sabe pronunciar, en cualquier lugar de la palabra. A veces omite la sílaba donde se encuentra el fonema dificultoso. Ejemplo. (caso por caro).
- Sustitución: el niño sustituye el fonema por otro, generalmente un fonema anterior de la cadena fónica. Ejemplo: (tasa por casa).
- Sustitución por un fonema parásito: el niño en vez del fonema, emite un sonido que no pertenece al sistema fónico de su idioma. Ejemplo: (cago por caro).



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 14 – ENERO DE 2009

- Distorsión: es la deformación del sonido, articulándose de forma parecida a la correcta, pero sin llegar a serlo.
- Inserción: añade un sonido que no corresponde y que normalmente sirve de apoyo (aratón por ratón).

El origen de este trastorno, en niños normalmente inteligentes y sin problemas auditivos, es muy diverso, pero se pueden concretar en dos:

a) El niño tiene mal oído fonético, discrimina mal los sonidos: (Caso de Amaya: /f/ cambiado por /O/, (Felipe)se transforma en (Oelípe).

b) El niño presenta una dificultad psicomotriz general o específica para movimientos musculares. Ejemplo: dificultad para /r/ o grupos de sífonos: /pl/, /pr/...

La clasificación de las dislalias ha variado mucho. En principio se referían a determinados defectos y sin fundamento científico. Así se llamaba tartajeo a la sustitución de la /r/ por /g/, o también chinonismo al abusode /l/, (alegar alego lelojes), ceceo, seseo...

Con idea de ordenar estas denominaciones se empieza a utilizar la terminología derivada del nombre del fonema en griego y sólo para los defectos más comunes. Así, cuando se altera la pronunciación de la /S/, (sigma en griego), se padece sigmatismo, (/unpa-eíto/, /laká-ade-ára/ por /unpaseíto/, /lakásadesára/); si se sustituye por otro, parasigmatismo, (lo mismo anterior pero sustituida por /t/). De igual manera tenemos lambdacismo con la /l/; rotacismo para /r/; deltacismo /d/, gammacismo, /g/, es decir, se añade "cismo" o "tismo" al nombre griego del sonido defectuoso. Cuando un fonema es sustituido por otro, se le antepone el sufijo "para".

1.1. INMADUREZ ARTICULATORIA:

Es el retraso madurativo de la articulación de ciertos niños que, después de los cuatro años y aunque sepan pronunciar correctamente los fonemas en repetición, los omiten o los confunden en la producción de palabras y frases. Los rasgos más frecuentes:

A) Omisión de fonemas o sílabas: (camelo por caramelo); (pitola por pistola).

B) Intoxicación de fonemas: (influencia de un fonema sobre otro que le es posterior en la cadena fonética):

/títate/ - /kítate/ intoxicación de /t/ sobre /k/

/difífil/-/difíOil/ intoxicación de /f/ sobre /O/

/papáto/ -/ Oapáto/ intoxicación de /p/ sobre /O/

C) Inversión silábica: (mánica por máquina); (perióquido por periódico)



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 N° 14 – ENERO DE 2009

Se trata menos de una incapacidad para pronunciar los fonemas que de una falta de agilidad para pasar rápidamente de una postura o movimiento a otro y de una dificultad para discriminar fonemas parecidos. Su etiología es parecida a la dislalia, aunque con una mayor incidencia del aspecto perceptivo auditivo.

2. CLASIFICACION DE DISLALIAS .

Según las causas podemos clasificar las dislalias en:

Dislalia evolutiva, corresponde a una fase del desarrollo infantil en la que el niño no es capaz de repetir por imitación las palabras que escucha, a causa de ello repite las palabras de forma incorrecta desde el punto de vista fonético. Dentro de una evolución normal en la maduración del niño, estas dificultades se van superando y sólo persiste más allá de los cuatro o cinco años, se puede considerar como patológicas.

Dislalia funcional, es un defecto en el desarrollo de la articulación del lenguaje, puede darse en cualquier fonema, pero lo más frecuente es la sustitución, omisión o deformación de la /r/, /k/, /l/, /s/, /z/ y /ch/.

Las causas pueden ser las siguientes:

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

Dislalia audiógena, esta alteración en la articulación es producida por una audición defectuosa provocando la dificultad para reconocer y reproducir sonidos que ofrezcan entre sí una semejanza, al faltarle la capacidad de diferenciación auditiva, dificultando la pérdida auditiva en menor o mayor grado la adquisición y el desarrollo del lenguaje, el aprendizaje de conocimientos escolares, trastorna la afectividad y altera el comportamiento.



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 N° 14 – ENERO DE 2009

Dislalia orgánica, son aquellos trastornos de la articulación que están motivados por alteraciones orgánicas. La dislalia orgánica puede ser de dos tipos:

- Disartria, recibe este nombre cuando el niño es incapaz de articular un fonema o grupo de fonemas debido a una lesión en las áreas encargadas en el lenguaje.
- Disglosia, la alteración afecta a los órganos del habla por anomalías anatómicas o malformaciones en los órganos del lenguaje son siempre causa de defectos de pronunciación. Sus causas están en malformaciones congénitas en su mayor parte, pero también pueden ser ocasionadas por parálisis periféricas, traumatismos, trastornos del crecimiento.

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

3. DIAGNÓSTICO.

Teniendo en cuenta la clasificación inicial, las dislalias orgánicas, pueden interesar los diferentes órganos articulatorios, siendo la toma dependiente de cada zona específica.

La dislalia labial puede verse en los casos de parálisis facial y en el labio leporino.

La parálisis facial unilateral de los músculos de la cara produce en el paciente una dificultad subjetiva para articular las sílabas que contienen las consonantes labiales. La mayoría son de origen periférico, y pueden curar ya sea espontáneamente o mediante tratamiento médico. Cuando esto no ocurre, el trastorno articulatorio suele alcanzar una efectiva y espontánea compensación funcional por acción de los músculos vecinos homo o contra laterales. Solamente en contados casos el timbre vocal queda algo deformado y habrá que recurrir a la atención logofoniatría, practicándose iguales técnicas que en el labio leporino.

El labio leporino como malformación congénita, se caracteriza por una fisura paramediana unilateral o bilateral que divide el labio superior en 2 y en algunos casos en 3 partes asimétricas. Esto interesa todos los tejidos que constituyen el labio superior, siendo interrumpido el anillo muscular, que como esfínter limita y regula la abertura bucal y constituye el músculo orbicular de los labios. Se comprende así que todos los movimientos a este nivel resultan deformados especialmente para la articulación correcta de los fonemas bilabiales.

Las dislalias de origen dental y maxilofacial, están en igual grupo, porque la conducta a seguir es muy parecida. Las malformaciones de las arcadas alveolares o del paladar óseo y las maloclusiones dentales, traducen trastornos del habla.



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 14 – ENERO DE 2009

Su interferencia sobre el mecanismo de la palabra es mucho más evidente en la infancia. Si la normal articulación fonética se encuentra ya bien automatizada, cuando aparece la patología odontomaxilar, las alteraciones del habla serán menores o transitorias, pero de cualquier manera desaparecerán solamente con la intervención del ortodoncista o del cirujano maxilofacial.

En el adulto, la caída de múltiples piezas dentarias, la mala oclusión de las arcadas dentales por fractura o luxación de una o ambas articulaciones temporomandibulares, influyen poco en los fonemas; la lengua, los labios, los arcos alveolares, los carrillos, etcétera compensan o pueden sustituir bastante la zona dentoalveolar.

En el niño las condiciones anatómicas anteriormente mencionadas, determinan en forma refleja y secundaria una imperfecta posición o movilidad de la lengua, y es precisamente ésta la que al final empeora la articulación de la palabra y hasta puede agravar la dismorfia maxilodental.

En los niños más pequeños, la patología odontomaxilar puede modificar también la función deglutoria de la lengua (deglución atípica), alterando a su vez la función articulatoria; lo mismo sucede con la incidencia de hábitos deformantes.

Dentro de las dislalias de origen lingual debemos mencionar al frenillo sublingual, pues se le atribuye, aun entre personas cultas, ser el responsable de las dislalias más variadas, así como también otras afecciones del habla como la tartamudez y la disartria; se ha demostrado que pocas veces el frenillo es tan corto como para dificultar la articulación, y cuando sucede sólo están comprometidos los fonemas /r/ y /l/ (Trabajo de Terminación de Residencia. Regal, 1984).

Las dislalias nasales y palatales, pueden incluirlas en el mismo grupo pues sus patologías se caracterizan por modificar la resonancia de los fonemas, por aumento (rinolalia abierta), o una disminución (rinolalia cerrada).

En los casos más leves no se trata en realidad de dislalias, porque no está afectada la articulación, sino sólo en los casos más acentuados hay verdadera dislalia (fisura palatina); en la rinolalia cerrada, las causas fundamentales son por obstrucción de la cavidad nasofaríngea (pólipos, vegetaciones adenoideas, tumores, etcétera), mejorando en la mayoría de las veces con el tratamiento quirúrgico correspondiente.

En las dislalias funcionales, el defecto articulatorio no depende de una alteración anatómica de los órganos que intervienen en este proceso.

Su etiología puede ser variada y Segre señala dentro de éstas los retardos en el desarrollo del lenguaje secundario a retraso mental y déficit auditivo específicamente; la disfunción puede interesar uno o más sonidos independientemente de la zona de articulación, pudiendo las consonantes ser deformadas, omitidas, sustituidas y en ocasiones aparecer de manera alternante sobre todo en los casos de retraso mental.

En el déficit auditivo la secuela más notable es el defecto de la palabra. Cuando aparece en la primera infancia, no permite un desarrollo espontáneo del habla.

Shlorhauser, puntualiza que en estos casos los movimientos articulatorios transcurren en forma más tosca y llamativa, que en los niños de audición normal.



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 N° 14 – ENERO DE 2009

Perelló, señala que hay tendencia a articular mejor las vocales, lo que coincide con otros autores, con respecto a las consonantes las fricativas son las más afectadas.

Finalmente, mencionaremos las dislalias de tipo fisiológico, como su nombre lo indica, son aquellos trastornos articulatorios de carácter transitorio que se observan durante las primeras etapas de desarrollo del habla en el niño, y que van desapareciendo a medida que se fijan y automatizan el modelo acústicos motores verbales del ambiente. Esto hay que saberlo respetar y no pretender que el niño queme etapas hablando con perfección articuladora, cuando esto no es posible, por razones sensorio motrices de maduración incompleta, pues esta actitud perfeccionista a destiempo puede dar lugar a una concienciación exagerada del acto verbal y llevar consecuentemente a la tartamudez.

Cuando un niño presenta un problema de articulación para realizarle un exhaustivo diagnóstico se comienza por una anamnesis personal y familiar que recoja aquellos aspectos que sólo la familia nos puede proporcionar.

En la anamnesis habrá que hacer constar:

1. Datos personales:

A. Filiación.

- Nombre y apellidos.
- Fecha de nacimiento.
- Dirección.
- Nombre de los padres.
- Número de hermanos y lugar que ocupa.

B. Historia personal:

- Historia del defecto que presenta.
- Circunstancias del embarazo y del parto.
- Enfermedades sufridas por el niño, traumatismos o disminuciones percibidas en su audición.
- Dificultades respiratorias.
- Desarrollo de la lengua.
- Desarrollo psicomotor.
- Personalidad.
- Escolaridad.



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 N° 14 – ENERO DE 2009

2. Datos familiares.

- Ocupación de los padres.
- Situación socio-económica.....

Una vez conocido los datos preliminares que nos servirán como orientativos hay que proceder a hacer el examen de la articulación del niño.

Será necesario precisar la situación del fonema-problema, si es inicial, intermedia o final y a qué tipo de expresión está referido si al lenguaje repetido, dirigido o espontáneo.

Todo ello se llevará a cabo a través de pruebas estandarizadas como por ejemplo:

1) Nivel mental:

- ❖ Raven.
- ❖ Batelle.
- ❖ W.I.S.C-R.
- ❖ W.P.P.S.I.
- ❖ Test de Brunet-Lezine.....

2) Lenguaje:

- ❖ I.T.P.A.
- ❖ PLON.
- ❖ Batelle.
- ❖ Peabody.
- ❖ Bohem.....

3) Exploración perceptivo motriz:

- ❖ Batelle.
- ❖ Frosting.
- ❖ Test de Ozeretsky.....



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 N° 14 – ENERO DE 2009

Pruebas complementarias:

Se solicitarán cuando se sospeche alguna alteración neurológica, auditiva, vocal, dental o anatómica.

4. TRATAMIENTO.

Una condición esencial del éxito de la reeducación es la relación personal que el reeducador va a establecer con los niños. Además es importante que ésta se produzca lo más tempranamente posible y cuanto más pequeño sea el niño, el pronóstico será mucho más positivo.

-Ésta se efectuará teniendo en cuenta las líneas generales de tratamiento, para los trastornos articulatorios.

- Utilización de articulaciones o cualidades de articulación, que lleve implícito el esqueleto funcional del fonema afecto.

- Movimientos biológicos con similares bases de funcionalismo.

-En las dislalias orgánicas se debe realizar la corrección de la deformidad o malformación anatómica, y valorar posteriormente la terapia logopédica.

- El logoterapeuta evocará las posiciones y los mecanismos normales de los distintos fonemas, enseñará al sujeto a repetir el movimiento correcto. Se valdrá para esto de la imitación visual, acústica y cinestésica de su propia articulación, que solicitará al paciente como fonema aislado en un principio, para sumarla luego en sílabas y sucesivamente en palabras.

- Dentro de los factores que influyen en la evolución se encuentran, el coeficiente intelectual, la atención acústica, la cooperación individual y las características del ambiente sociofamiliar. Se plantea que esta terapia debe ser presentada al niño, como un entretenimiento, en el cual se encuentre a gusto y justificación instructiva, repitiéndolo diariamente hasta llegar a la automatización de los fonemas aprendidos.



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 14 – ENERO DE 2009

BIBLIOGRAFÍAS

- Perelló, J. y otros. (1981): *Trastornos del habla (4ta. edición)*. Barcelona:Científico Médico,
Nieto Herrea, MB. (1967): *Anomalías del lenguaje y su corrección*. México, DF: Méndez Otero
Nieto Herrera, M. (1990): *Retardo del lenguaje*. Madrid:CEPE.
Ingram, D. (1983): *Trastornos fonológicos en el niño*. Barcelona: Medica y Técnica.

Autoría

- Nombre y Apellidos: LAURA GARCÍA PADILLA
- Centro, localidad, provincia: UBRIQUE (CÁDIZ)
- E-mail: ini30bernardo@hotmail.com