



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 N° 36 –NOVIEMBRE DE 2010

“PROBLEMAS DEL HABLA”

AUTORÍA ANA MARÍA CAÑAS GUTIÉRREZ
TEMÁTICA PROBLEMAS DEL LENGUAJE: COMUNICACIÓN, HABLA Y LENGUAJE.
ETAPA EDUCACIÓN INFANTIL Y PRIMARIA

Resumen

En este artículo se explica los diferentes problemas del habla que pueden tener los alumnos, entre los que destacamos: retraso del habla, mutismo, dislalias, disfemia, diglosias, afonías y disfonías. También propongo una serie de actividades para mejorar o solucionar cada uno de los problemas anteriormente nombrados.

Palabras clave

- Mutismo.
- Dislalias.
- Disfemias.
- Diglosias.
- Afonías.
- Disfonías

1. PROBLEMAS DEL HABLA

Los problemas del habla son los que hacen referencia a aquel déficit que se producen en la emisión de sonidos. Destacamos los diferentes problemas: retraso del habla, mutismo, dislalias, diglosias, disfemias y afonías y disfonías.

1.1 Retraso del habla.

El retraso simple del habla es un desfase en la aparición del habla y en el desarrollo de la expresión respecto a la edad cronológica del niño. Es un desarrollo del lenguaje lento que no corresponde a su edad, pero ¿cuándo podemos saber que existe un retraso en el habla?



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 36 –NOVIEMBRE DE 2010

Se puede decir que el niño tarda en empezar a hablar cuando a los 2 años y más o menos un mes ocurre las siguientes posibilidades:

- No posee más de 50 palabras inteligibles.
- No produce enunciados de dos palabras.

Para identificar un retraso el habla debemos tener en cuenta las siguientes características:

- Tiene una alteración en la organización del lenguaje. Es decir, son capaces de pronunciar sonidos aislados y grupos de sonidos, pero presentan dificultades para formar con ellos las palabras.
- Reducen al mínimo el uso de proposiciones, de nexos y utilizan muchas simplificaciones fonológicas.
- Puede haber retraso en la adquisición del juego simbólico.
- Son niños que no presentan otras alteraciones evidentes (intelectuales, relaciones, motricidad) y su nivel de comprensión es normal.

Cuando cumplidos los 3 años el niño presenta estas señales se habla de un retraso específico severo del lenguaje.

Si su hijo posee algunas de las características expuestas anteriormente es importante que consultes con un logopeda o terapeuta que evaluará el problema.

Hay factores que pueden predisponer un retraso en el habla como: una pobre estimulación lingüística, problemas afectivo-relacionales, problemas de adaptación al uso de una segunda lengua o problemas de deglución.

Igualmente, con una adecuada atención logopédica los niños con retraso del habla suelen evolucionan perfectamente.

1.1.3. Actividades

Con respecto a las actividades que podemos realizar con los niños son:

- Leerles libros diferentes.
- Utilizar un vocabulario variado.
- Intentar que se exprese cuando quiera pedir algo, que no sólo lo haga con gestos.
- Hablar mucho con ellos para que ellos sientan también la necesidad de comunicarse.



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 36 –NOVIEMBRE DE 2010

1.2. Mutismo.

El mutismo selectivo infantil es un problema de difícil diagnóstico, pero suele detectarse en el colegio, se aprecia una relación con otros niños o adultos peculiar, ya que los niños afectados guardan silencio. Lo primero que piensan los padres es que el niño es introvertido y tímido y por eso no habla, pero lo que puede ocurrir es que se trata de un temor asociado a diversas situaciones sociales, los niños se sienten observados y guardan silencio, tienen miedo a interactuar.

El mutismo selectivo afecta a niños con edades comprendidas entre los tres y los ocho años, aunque sean niños que no se relacionen socialmente, destacan por ser sensibles, curiosos y muy inteligentes. Como contrapartida a estos aspectos positivos, son niños con un alto nivel de ansiedad relacionado con la falta de interacción. Como sabemos la ansiedad puede provocar diversos problemas, depresión estrés, sufrimiento..., aspectos que afectan negativamente al desarrollo psicológico, social, educativo o emocional.

Cuando se pueden tener sospechas de que el niño padece este problema, lo mejor es acudir al especialista para que valore la situación y proporcione el tratamiento más adecuado, por norma general en este tratamiento es necesaria la colaboración de todas las personas cercanas al niño.

La sintomatología esencial que tienen los niños con mutismo son:

Inhibición del habla en una, varias o muchas situaciones sociales, incluyendo la escuela, a pesar de tener capacidad para hablar y comprender el lenguaje. Algunos pueden comunicarse mediante gestos, con afirmaciones o negaciones con movimientos de cabeza o, en algunos casos, utilizando monosílabos o expresiones cortas. Lo más frecuente es que el niño no hable en la escuela, aunque sí en casa y que se niegue a hablar con adultos desconocidos.

El mutismo más grave es la inhibición del habla en todas las situaciones. Pueden poseer habilidades normales para el lenguaje oral, aunque también pueden sufrir un retraso en el desarrollo del lenguaje y/o trastornos en la articulación y la fluidez (Dislalias/Tartamudez). El rechazo a hablar no es, sin embargo, debido a un déficit grave del lenguaje o a otro trastorno mental. Podría hablar, aunque fuera mal, pero no lo hace.

Existen diferentes tipos de mutismo según los niveles de afectación de los niños:

- Mutismo total o casi total, en la mayoría de las situaciones de interacción y con casi todas las personas.
- Mutismo selectivo idiomático: Niños de familias emigrantes de un país de idioma diferente que se niegan a hablar nuestra lengua, aunque existe una adecuada comprensión, pero persiste rechazo a hablarla.



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 N° 36 –NOVIEMBRE DE 2010

- Mutismo selectivo de personas: Niños que seleccionan las personas con las que hablan, aunque sea poco, solo hablan a algunos de sus iguales y sus familiares más próximos. No hablan con adultos extraños incluido la maestra o el maestro, o solamente contestan con gestos a sus preguntas.
- Mutismo selectivo de situaciones: Solo hablan en casa y con sus padres o familiares más próximos, en el colegio con muy pocos niños y muy poco, nada con los demás niños ni con los profesores, ni dentro de la clase a todo el grupo.

Para tratar a estos alumnos, los especialistas aconsejan un modo de actuar específico ante la sospecha del mutismo selectivo infantil, escuchar y actuar los progenitores siempre en la misma dirección sin que existan contradicciones que puedan confundir al niño, cuando el pequeño se decida a expresar algo, animarle, no agobiar al niño sobre su conducta en el colegio preguntándole si ha hablado o se ha relacionado. Y finalmente, buscar juegos específicos que promuevan su interactividad, que de algún modo le inviten a hablar y a divertirse a la vez.

1.3. Dislalias.

La dislalia es un trastorno de la articulación de los fonemas, bien por ausencia o alteración de algunos sonidos concretos o por sustitución de estos por otros.

Se suele manifestar con sustituciones, omisiones, inserciones, distorsiones, en posición inicial, media o final de la palabra.

Existen cuatro tipos de dislalias:

- Dislalia Audiógena.
- Dislalia Evolutiva.
- Dislalia Orgánica.
- Dislalia Funcional.

- **Dislalia Audiógena:** Su causa está en una deficiencia auditiva (confunden fonemas semejantes al no poseer una correcta discriminación auditiva). Su gravedad está en relación a grado de pérdida auditiva.

Para evaluar este tipo de dislalia se utilizará la audiometría para indicar el grado de pérdida y la conveniencia de utilizar una prótesis.

Las actividades que realizaremos con estos alumnos irán dirigidas a:

- Aumentar la discriminación auditiva.

C/ Recogidas N° 45 - 6ªA 18005 Granada csifrevistad@gmail.com



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 36 –NOVIEMBRE DE 2010

- Mejorar la voz.
- Corregir los fonemas alterados.
- Implantar los fonemas inexistentes.

- **Dislalias Evolutiva:** Forma parte del proceso evolutivo normal del lenguaje. Se trata de una dificultad para formar estereotipos acústico-articulatorios correctos. La articulación correcta de los fonemas de un idioma requiere: madurez cerebral y del aparato fonoarticulador. En los primeros años (hasta los 4 aproximadamente), el niño no es capaz de articular correctamente algunos fonemas debido a la etapa lingüística del desarrollo en que se encuentra, haciendo uso de estrategias de simplificación. Los fonemas vibrantes (/rr/) y sílfones (CCV) tardan más tiempo en adquirirse. No debe persistir más allá de los 4 años. Desaparece con el tiempo sin dejar secuelas. No necesita tratamiento logopédico directo y específico.

Se realizará una intervención indirecta:

No debe ser intervenida antes de los 4 años. En general, debe ir dirigida a ofrecer modelos lingüísticos correctos y evitar malos hábitos:

- Familia: No reforzar malos hábitos lingüísticos.
- Programa de prevención: Actividades respiratoria, actividades de soplo y movimientos de lengua y labios.

- **Dislalias Orgánicas:** Se denomina dislalia orgánica a los trastornos de la articulación, que están motivados por alteraciones orgánicas. Si se encuentran alojadas en el Sistema Nervioso Central reciben el nombre de disartrias y forman parte de las alteraciones del lenguaje de las personas deficientes motoras. Si nos referimos a alteraciones o anomalías anatómicas en los órganos fono-articulatorios, se denominan disglosias.

- **Dislalias Funcionales:** Se consideran funcionales aquellas dislalias que persisten en la edad escolar y no tienen una base orgánica. Se trata de un mal funcionamiento de los órganos de la articulación. El niño no usa correctamente los órganos articulatorios a pesar de no existir ninguna causa de tipo orgánico. Suelen estar asociadas a escaso desarrollo motor, dificultades de discriminación auditiva, trastornos perceptivos-temporales, bajo nivel cultural, inmadurez afectiva, debilidad mental, etc.

Existen diferentes tipos de errores de la dislalia funcional:



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 36 –NOVIEMBRE DE 2010

- Sustitución: El niño articula un fonema en lugar de otro, bien por su dificultad articulatoria o por dificultad discriminativa (“el peggo no tiene gabo).
- Distorsión: Suele deberse a una posición errónea de los órganos articulatorios, falta de control del soplo espiratorio, falta de vibración cuerdas vocales.
- Omisión: El niño omite el o los fonemas que la resultan difíciles de articular. Se puede dar en cualquier posición dentro de la palabra, siendo frecuente al principio y final y en los grupos consonánticos CCV (pr br, bl, etc). (bazo pro brazo).
- Inserción: El niño intercala un fonema que no existe en la palabra para facilitar su articulación. Es frecuente en sinfonos y vulgarismos: “palato” por plato.

1.3.1. Actividades

Las actividades que podemos realizar con los niños que tengan este tipo de dislalia son:

- Actividades de discriminación auditiva: Localización de la fuente sonora, reconocimiento de ruidos y sonidos, discriminación figura-fondo auditiva, discriminación del ritmo de la palabra.
- Movimientos de lengua, labios y paladar blando: Actividades realizadas ante el espejo.
- Actividades respiratorias: Actividades de soplo: soplar una vela, soplar sobre el flequillo, soplar matasuegras.
- Ejercicios de relajación: cuello, nuca, cara, miembros superiores, inferiores, global.

1. 4 Disglosias.

La disglosias, conocidas también como dislalia orgánica, es una trastorno de origen no neurológico central y causado por lesiones físicas o malformaciones de los órganos articulatorios periféricos. Los trastornos articulatorios que puedan aparecer en una disglosias son debidos a alteraciones orgánicas. Su origen puede ser congénito, generalmente por malformaciones craneofaciales, y también puede ser adquirido, cuando se deben a trastornos o lesiones orofaciales, intervenciones quirúrgicas, trastornos de crecimiento o parálisis en algún/os órgano/os responsables del habla.

Existe una clasificación en función del órgano afectado:



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 36 –NOVIEMBRE DE 2010

- Disglosias labiales: la dificultad articulatoria se produce como consecuencia de una alteración en la forma, movilidad, fuerza o consistencia de los labios.
- Disglosias mandibulares: Se trata de un trastorno debido a una alteración en los maxilares de origen congénito, de desarrollo, quirúrgico o traumático. Las causas más frecuentes son: resección de maxilares, atresia mandibular (produce una mala oclusión mandibular), progenie (crecimiento exagerado de la mandíbula inferior).
- Disglosias dentales: Son trastornos en la articulación como consecuencia de una alteración en la forma o posición de las piezas dentarias. Está causada por herencia, alimentación inadecuada, prótesis, ortodoncia.
- Disglosias linguales: La motilidad lingual puede verse afectada por: Frenillo corto (suele causar rotacismo), macroglosia (tamaño desmesurado de la lengua), glosectomía (extirpación parcial o total por intervención quirúrgica).
- Disglosias palatales: Son malformaciones en el paladar óseo o en el paladar blando (velo del paladar) debido a: fisura palatina ojival, paladar corto.

El logopeda deberá poseer un conocimiento lo más amplio posible sobre la forma, tamaño e interrelaciones de los elementos anatómicos y de la funcionalidad de los mismos durante la producción verbal.

La intervención de este problema depende del tipo de alteración que presente el sujeto. En la mayoría de los casos exige una intervención multidisciplinar, debido a problemas quirúrgicos, plásticos y ortodóncicos sobre los que haya que actuar. Como consejos preventivos hay que señalar:

- Que el niño no se chupe el dedo.
- Control en el uso del chupete.
- Ejercitar la masticación.
- Alimentación Controlada.
- Higiene bucal.

Pautas a realizar con las familias:

- Practicar en casa a diario, en sesiones cortas.
- Colocar la lengua en el paladar sin tocar los incisivos superiores.
- Una vez que aprendió a tragar, mastica alimentos duros y todo tipo de texturas.
- Morder trozos pequeños de alimentos.



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 36 –NOVIEMBRE DE 2010

- Insistir en que no introduzca objetos en la boca que no sean de comer.
- Debemos recordarle que no debe realizar movimientos asociados, a la hora de tragar.
- Apoyos visuales cambiantes.

1.5. Disfemias

La disfemia o tartamudez afecta a la fluidez del habla y se caracteriza por interrupciones en el ritmo y la melodía del discurso. Puede ser clónica (repeticiones de sílabas y ligeros espasmos repetitivos) o tónica (bloqueos iniciales y fuertes espasmos), aunque suelen aparecer conjuntamente (mixta). En ocasiones se acompaña de logofobia (temor a hablar) y de embolofrasia o balbismo (uso de latiguillos o muletillas).

Suele presentarse en contextos comunicativos, en el habla espontánea, no siendo frecuente cuando el niño leer, canta o recita.

Hay que distinguir la disfemia fisiológica, primaria o de desarrollo, fenómeno normal que suele producirse sobre los tres años en el niño y que es un indicador del proceso organizativo de su lenguaje. Algunos niños pasan por un período de restricción de la fluidez que desaparece con la maduración de las destrezas lingüísticas. El trastorno es la manifestación de la sobrecarga interior asociada con el acto de hablar y con los contextos interactivos en los que se espera que el niño hable.

En estos casos la intervención debe ser de tipo indirecta. Hay que restarle atención a los episodios de restricción de la fluidez, evitando correcciones excesivas, a la vez que se intenta reducir cualquier angustia asociada con situaciones de habla creando un entorno de comunicación más relajado en el que el niño tenga tiempo y oportunidades suficientes para expresarse oralmente.

Tan sólo hablaríamos de disfemia en sentido estricto si observamos una clara persistencia y unas connotaciones psicoemocionales evidentes a la hora de comunicarse con el otro. La verdadera tartamudez habría que situarla alrededor de los 10 años.

Los síntomas de la disfemia son diversos y de intensidad variable según lo casos, el interlocutor, el contenido del discurso, el contexto comunicativo, etc. Junto con las repeticiones y bloqueos aparecen asociadas manifestaciones corporales y respiratorias (tensión muscular, espasmos, movimientos de manos, cierre de ojos, gesticulación facial y movimientos corporales), retraimiento, ansiedad, conductas de evitación conversacional e, incluso, mutismo.



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 36 –NOVIEMBRE DE 2010

1.5.1. Actividades

En este caso el tratamiento debe ser directo y en él se suelen incluir ejercicios que incidan fundamentalmente sobre el ritmo: actividades de control respiratorio, lectura de textos y recitado de frases sencillas, y control de la tonicidad muscular.

1.6 Afonías y Disfonías.

La **afonía** es la patología en la cual se produce una pérdida total de la voz provocada por diferentes factores. Las causas de la afonía pueden ser:

- Enfermedades del aparato respiratorio: Entre estas la más importante es la laringitis o inflamación de la laringe, la faringitis o inflamación de la faringe, la amigdalitis o inflamación de las amígdalas, la tos persistente...
- Malos usos de la voz: El forzar demasiado la voz por motivos de trabajo (maestros, cantantes, vendedores, relaciones públicas, etc.), como una manera de mostrar el enfado, los lloros prolongados, especialmente en los niños, pueden causar los mismos resultados.
- Ingestión de productos tóxicos o irritantes: El hábito de fumar, el alcohol, la ingestión de productos irritantes (pimienta, vinagre...) u objetos extraños puede originar un cambio temporal o permanente de la voz.
- Causas nerviosas: Una voz afónica, o con un timbre o intensidad diferente puede aparecer en ciertos casos de nerviosismo. A veces surge ronca o, a veces, aguda y chillante como un pitido.
- Manipulación de la laringe: Ciertas operaciones o procedimientos médicos como una operación de pólipos, una inserción de cánulas para una revisión del aparato digestivo o respiratorio pueden producir afonías o cambios de la voz.
- El frío excesivo: El contacto del frío con la garganta bien mediante el clima o al beber agua fría o helados puede producir un cambio en la voz.

Con respecto al tratamiento debemos acudir al especialista para que nos diagnostique las causas reales de nuestra afonía.

La **disfonía** es la alteración de la voz causada por distintos factores. Es mucho más frecuente que la afonía.

La disfonía se clasifica en:

- Disfonía orgánica.

C/ Recogidas Nº 45 - 6ºA 18005 Granada csifrevistad@gmail.com



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 36 –NOVIEMBRE DE 2010

- Disfonía funcional.
- Disfonía psicógenas.
- Disfonía traumática.
- Disfonía audiógena.

1.6.1. Actividades e intervención educativa

Aunque el tratamiento está en función del tipo de disfonía, los pasos fundamentales suelen ser:

1. Relajación: Total o parcial. Se pueden utilizar diferentes técnicas.
 - a. Total: trabajando el cuerpo entero y favoreciendo también la relajación a nivel mental.
 - b. Parcial: trabajando por separado cada parte del cuerpo o la zona que veamos está más contraída y afecta a la producción de la voz.
2. Respiración. Es una de las fases más importantes en el tratamiento ya que suele ser la causa o uno de los aspectos que más influyen en las disfonías. Se comienza a trabajar con el paciente tumbado para posteriormente pasar a la posición de sentado y finalmente de pie.
3. Ejercitación muscular del sistema bucofonatorio y musculatura asociada. En esta fase trabajamos mediante ejercicios y masajes los músculos de hombros, cuello y cara.
4. Es la última fase del tratamiento y la culminación de este. En ella se enseña al paciente a fonar (producir voz, hablar) correctamente coordinando la respiración y los movimientos de la boca, cuello,..necesarios evitando la contracción de los músculos innecesarios y la realización de pautas incorrectas que son las que llevaron a la disfonía. Se enseña al paciente a escuchar su voz y emitirla en el tono e intensidad más óptimos para él.



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 36 –NOVIEMBRE DE 2010

2. BIBLIOGRAFÍA

- Perelló, J. (1995). *Trastornos del habla*. Barcelona: Masson.
- Pascual García, P. (1984). *La dislalia. Naturaleza, diagnóstico y rehabilitación*. Madrid: CEPE.
- Martínez, M^aJ. y otros (1981). *Problemas escolares. Dislexia, discalculia, dislalia*. Madrid: Cincel-Kapeluz.
- Pérez Solís, M. (2002). *Orientación Educativa y dificultades de aprendizaje*. Madrid: Thomson

Autoría

- Nombre y Apellidos: Ana María Cañas Gutiérrez.
- Centro, localidad, provincia: Rota (Cádiz).
- E-mail: anacg21@hotmail.com



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 36 –NOVIEMBRE DE 2010